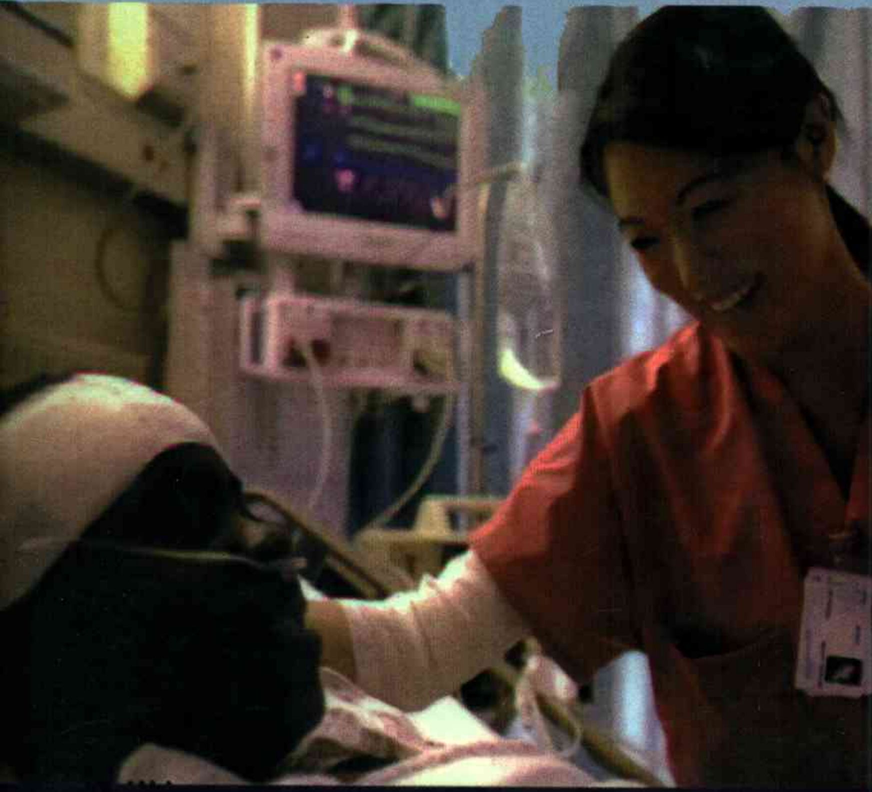
مترجمین بر اساس حروف الفبا:
افسانه افتخاری منش، نیره براهیمی، فریبا بلورچی،
مریم حسین زاده، زهرا صفوی بیات، کیانوش نیرومند زندی
(اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری شهید بهشتی)

اصول پرستاری تیلور

مفاهیم پرستاری بخش اول









انتشارات
بشری

مترجمین بر اساس حروف الفبا:
افسانه افتخاری منش، نیره براهیمی، فریبا بلورچی، صدیقه جعفری
مریم حسین زاده، زهرا صفوی بیات، کیانوش نیرومند زندی
(اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری شهید بهشتی)

اصول پرستاری تیلور

مفاهیم پرستاری بخش اول







انتشارات بشری

اصول

پرستاری

تیلور

مفاهیم پرستاری (بخش اول)

مترجمین به ترتیب حروف الفبا:

افسانه افتخاری منش

نیره براهیمی

فریبا بلورچی‌فرد

صدیقه جعفری

مریم حسین‌زاده

زهرا صفوی بیات

کیانوش نیرومندزندی

انتشارات بشری ـ نشر حکیم هیدجی

سرشناسه: تیلور، کارول Taylor, Carol
عنوان و نام پدیدآور: اصول پرستاری تیلور، مفاهیم پرستاری/ [کارول تیلور، کارول لایلسین. پریسیلالمون]، [ترجمه زهرا صفوی بیات.....] [و دیگران]].
مشخصات نشر: تهران: نشر و تبلیغ بشری. نشر حکیم هیدجی
مشخصات ظاهری: ج، مصور. نمودار.
شابک: ۹۷۸۹۶۴۳۹۹۱۱۶۶
وضعیت فهرست نویسی: فیپا
یادداشت: عنوان اصلی: .,Fondamental of nursing: the art & science of nursing care
یادداشت: زهرا صفوی بیات، نیره براهیمی، فریبا بلورچی فرد، صدیقه جعفری، کیانوش نیرومندزندی.
مندرجات: ج ۱. مفاهیم پرستاری
موضوع: پرستاری
شناسه افزوده: لایلیس. کارول
شناسه افزوده: Lillis, Carol
شناسه افزوده: لمون. پریسیلا
شناسه افزوده: Lemone, Priscilla
شناسه افزوده: صفوی بیات. زهرا. مترجم.
رده بندی کنگره: الف ۱۳۸۶ ۶ الف۹ت/RT۴۱
رده بندی دیویی: ۶۱۰/۷۳
شماره کتابشناسی ملی: ۱۱۴۱۸۱۶

نام کتاب: اصول پرستاری تیلور (مفاهیم پرستاری بخش اول)

مترجمین: افسانه افتخاری منش، نیره براهیمی، فریبا بلورچی‌فرد، صدیقه جعفری، مریم حسین‌زاده، زهرا صفوی بیات، کیانوش نیرومندزندی

ناشر: نشر بشری (با همکاری انتشارات حکیم هیدجی)

تیراژ: ۵۰ جلد

قیمت: ۳۶۰۰۰۰ ریال

نوبت چاپ: چهارم / ۱۳۹۴

چاپ: نارنجستان

فروشگاه: تهران ـ خیابان انقلاب ـ ضلع شرقی دانشگاه تهران ـ خیابان قدس ـ پلاک ۳ ـ واحد ۴ و ۵

تلفن: ۶۶۴۶۵۸۰۶ ، ۶۶۴۰۶۴۱۵ فکس: ۶۶۴۹۷۸۵۴

دفتر مرکزی: تهران ـ خیابان انقلاب ـ ضلع شرقی دانشگاه تهران ـ خیابان قدس ـ پلاک ۳ ـ واحد ۵

تلفن: ۶۶۴۹۸۲۸۵ ، ۶۶۴۱۰۲۵۶ فکس: ۶۶۹۵۵۹۱۶

خرید اینترنتی از سایت www.mspc.ir مقدور می‌باشد.

فهرست مطالب

فصل ۴: سلامت و بیماری

فصل ۶: ارزشها و اصول اخلاقی در پرستاری و حمایت از بیمار

فهرست مطالب

فصل ۷: مسائل قانونی در حرفه پرستاری

فهرست مطالب

فهرست مطالب

فصل ۱۲: ارزیابی و شناخت

فصل ۱۳: تشخیص دادن

فهرست مطالب

فصل ۱۴: تعیین برآیند مورد انتظار (اهداف) و برنامه‌ریزی

فصل ۱۵: اجرا

فهرست مطالب

فصل ۱۶: ارزشیابی

فصل ۱۷: ثبت کتبی گزارش به عنوان سند، گزارش شفاهی و مشورت کردن

فهرست مطالب

فهرست مطالب

فصل ۲۴: علایم حیاتی

فهرست مطالب

فصل ۲۶: ایمنی، امنیت و آمادگی در موارد اورژانس

فهرست مطالب

فصل ۲۷: گندزدایی (ضد عفونی) و کنترل عفونت

فهرست مطالب

فصل ۳۷: مهارتهای شناختی

فهرست مطالب

فصل ۳۹: فعالیت

فهرست مطالب

فصل ۴

سلامت و بیماری

زهرا صفوی پیات



روت جاکوب (Ruth Jacobi) خانم ۶۲ ساله‌ای است که بعد از یک «سکته مغزی خفیف» در بیمارستان بستری شده است. اکنون وی به سطح عملکرد قبل از این اختلال برگشته است و برای ترخیص آماده می‌شود. وی بیان می‌دارد: «من می‌دانم که در معرض خطر زیادی برای ابتلا به سکته شدید هستم، به همین دلیل می‌خواهم تا جایی که امکان دارد فعال و همین‌طور سالم بمانم.»



سارا گیلبارت (Sara Gelbart) دانشجوی ورودی جدید دانشکده است که با تشویق هم‌اتاقی‌اش برای ملاقات دانشجوی مرکز بهداشت آمده است، زیرا که وی ندرتاً در ناهارخوری حاضر می‌شود، و حدود ۵-۸ مایل در روز می‌دود، و اخیراً مقدار با اهمیتی از وزن خود را از دست داده است. سارا بیان می‌کند که «من کاملاً سلامت هستم، و هرچه خسته‌تر شوم شاداب‌تر و سالم‌تر هستم!»



دانیال استرمن (Daniel Sterman) آقای ۲۷ ساله‌ای با تاریخچه‌ای از اسکیزوفرنی می‌باشد. وی به منظور تسکین و تخفیف سروصدای زیادی که به وی می‌گوید به خودش آسیب برساند به درمانگاه بهداشت روان آمده است. آقای استرمن نزد کارکنان درمانگاه کاملاً شناخته شده است. گزارشات پزشکی وی نشان می‌دهد که وی ملاقات‌های متعددی در درمانگاه داشته و همچنین در برقراری تعامل و روبرویی (مواجهه) با کارکنان مختلف دچار مشکلاتی می‌باشد.

❖ تمرکز بر مهارتهای ترکیبی

انواع مهارتهای ترکیبی مورد نیاز برای پاسخ دادن به سناریوهای موردی مطرح شده:

مهارتهای شناختی

- آگاهی از تعاریف سلامت، بیماری و ناخوشی با الگوهای سلامت و بیماری؛ و عوامل مؤثر بر سلامت و بیماری
- شناخت عوامل خطرساز مربوط به سلامت و بیماری
- توانایی شناسایی روشهایی برای اصلاح روش زندگی به منظور ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری
- آگاهی از نحوهٔ اجرای کامل یک طرح مراقبت پرستاری مربوط به خانم مبتلا به سکته مغزی خفیف، آقای مبتلا به اسکیزوفرنی و جوان مبتلا به اختلالات خوردن
- توانایی متمایز نمودن بیماری حاد و مزمن، شناخت مراحل بیماری حاد
- توانایی در هم آمیختن دانش مربوط به اثرات بیماری روی افراد خانواده در هنگام ارایه مراقبت به افراد

مهارتهای تکنیکی

- تقویت مهارتهای بررسی مربوط به سلامت، عوامل مؤثر بر سلامت و بیماری، و تغییراتی در سلامت که می‌توانند به بیماری منتهی شود.
- توانایی فراهم ساختن کمک‌های پرستاری تکنیکی مورد نیاز برای برآوردن نیازهای خانم مبتلا به سکته خفیف مغزی، آقای مبتلا به اسکیزوفرنی و جوان مبتلا به اختلالات خوردن
- توانایی تطابق دادن اقداماتی جهت ارایه مراقبت به افراد در حال تجربه بیماریهای حاد و مزمن
- توانایی انجام مراقبت‌های پرستاری به طور ایمن بر اساس استدلال‌های علمی
- توانایی ابراز صلاحیت برای استفاده از مهارتهای آموزشی به منظور ارتقاء روشهای بهداشتی زندگی

مهارتهای بین فردی

- توانایی برقراری روابط مراقبتی با افراد در حال تجربه سطوح مختلف بیماری و سلامت، مثلاً خانم مبتلا به سکته مغزی، آقای مبتلا به اسکیزوفرنی و جوان مبتلا به اختلالات خوردن
- توانایی کار مشارکتی با تیم حرفه‌ای
- توانایی بررسی باورهای بهداشتی، اهداف و اقدامات
- توانایی ابراز احترام به حیثیت انسانی و استقلال بیمار
- توانایی برقراری ارتباط و گفتگو در مورد نگرانی‌های مربوط به وضعیت بیمار، برای مثال یک بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی که بیمار مشکل‌داری است یا خانم جوانی که تمایلی به گفتگو در مورد عادات خوردن و سلامت تغذیه‌ای خود ندارد.

مهارتهای اخلاقی و قانونی

- تقویت پیگیری مراقبت از خود، داشتن توانایی به منظور متعادل ساختن مسئولیت‌هایی نسبت به خود ضمن توجه به نیازهای مراقبتی دیگران

❖ برآیندهای یادگیری

پس از مطالعهٔ این فصل، فراگیر باید قادر به انجام موارد زیر باشد:

۱ـ تعریف سلامت، بیماری و رفاه (خوب بودن).
۲ـ مقایسه و متمایز نمودن بیماری حاد و بیماری مزمن
۳ـ تشریح چگونگی ابعاد انسانی، نیازهای اساسی انسان، و مفهوم خود مؤثر بر سلامت و بیماری
۴ـ خلاصه نمودن نقش پرستار در ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری
۵ـ تشریح سطوح مراقبت پیشگیری کننده

واژه‌های کلیدی

- بیماری حاد — acute illness
- بیماری مزمن — chronic illness
- بیماری — disease
- تشدید، تهییج — exacerbation
- سلامت — Health
- ناخوشی — illness
- تخفیف، تسکین موقتی — remission
- عامل خطرساز — risk factor
- رفاه (خوب بودن)، بهبودی — wellness

نقشهای اساسی پرستار به عنوان مراقبت دهنده، ارتقاء دهنده سلامت، پیشگیری از بیماری، حفظ سلامت و تسهیل مقابله می‌باشد. این فعالیتها سلامتی را در همه گروههای سنی، در کلیه محیطها و در دو حالت سلامتی و ناخوشی به حداکثر می‌رساند. سلامتی چیزی فراتر از عدم وجود ناخوشی است فرآیندی فعال که فرد به سوی حداکثر توانش حرکت می‌کند (به کادر ضمیمه بهترین انعکاس برای یک مثال مراجعه کنید). این فصل در مورد چگونگی مراقبت‌های پرستاری و نحوهٔ تأثیر وضعیت بیمار بر آن با فردی که مراقبت را دریافت می‌کند، بحث می‌نماید. پرستار به منظور مراقبت کامل باید هرگونه تعریف فردی شخص از سلامت و واکنش نشان دادن نسبت به بیماری را درک نموده و مورد توجه قرار داده و با الگوهای سلامت و بیماری آشنا باشد. بعلاوه پرستار باید عوامل مؤثر بر سلامت و بیماری را بشناسد. سلامت خود تحت تأثیر انواع مختلفی از عوامل از جمله عوامل خطرساز بیماریها، ابعاد انسانی، نحوهٔ برآورده شدن نیازهای اساسی انسان و مفهوم خود فرد می‌باشد. بالاخره پرستار لازم است نحوهٔ فراهم ساختن مراقبت پرستاری را جهت ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری درک نماید. آگاهی پرستار از سلامتی و ناخوشی و همین طور از فلسفه سلامتی به دلیل تمایل روزافزون نسبت به ارایه مراقبت در منزل و جامعه، افزایش تعداد سالمندان، و رشد شیوع بیماریهای مزمن حتی مهم‌تر است.

تعریف سلامتی و بیماری

میگونی کونی[1] کودک چهارساله‌ای که با بیماری کیستیک فیبروزیس[2] متولد شده است. گرچه وی به علت این بیماری نیاز به درمان دارد، لیکن در حال حاضر عضو فعالی در کلاس دوره آمادگی می‌باشد، تحت تعلیم ژیمناستیک نیز قرار گرفته، و تصمیم دارد زمانی که بزرگ شد یک پزشک شود. شوندراکول[3] ۳۴ ساله، متأهل و دارای دو کودک دبستانی می‌باشد، وی مبتلا به آرتریت روماتوئید مزمن است و روی یک صندلی چرخدار قرار دارد. شوند را از خانه و افراد خانواده نگهداری می‌نماید و از یک اتومبیل مخصوص که با توجه به وضعیت او طرح گردیده، برای رفتن به محل کار نیمه وقت خود استفاده می‌کند. ساموئل کوهن[4] ۶۷ ساله می‌باشد. وی از یک سال پیش مبتلا به دیابت تیپ II و فشار خون بالا گردیده و برای هر دو مشکل مربوط به سلامتی خود دارو مصرف می‌کند. ساموئل بازنشسته شده، ولی هفته‌ای سه روز به صورت داوطلبی در یک بیمارستان محلی به عنوان متصدی حمل و نقل فعالیت می‌کند. به نظر شما آیا میگونی، شوندرا و ساموئل افرادی سالم و تندرست تعریف می‌شوند؟ اگرچه آنها هریک دارای یک وضعیت جسمی خاصی هستند و خودشان را بیمار تلقی می‌نمایند، با این وجود همه اعضاء تولید کننده جامعه خود بوده و می‌توان اظهار داشت که تندرست و سلامت هستند.

سلامتی

چون سلامتی نزد هر شخصی به طور انفرادی تعریف می‌شود و تحت تأثیر عوامل متعددی می‌باشد، یک تعریف استاندارد از آن مشکل است. به کادر ضمیمه مربوط به از دیدگاه یک دانشجو مراجعه نمائید. گسترده‌ترین تعریف پذیرفته شده از سلامتی عبارت است از این که «سلامتی یک حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً عدم بیماری یا ناتوانی می‌باشد» (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۴۶). این تعریف با تکامل سایر الگوها بسط یافته است. در یک سطح شخصی، اکثر افراد سلامتی را بر حسب آن که چگونه احساس می‌کنند (من واقعاً احساس می‌کنم بیمارم)، عدم وجود یا وجود علائم بیماری (من یک درد مزاحم در معده‌ام دارم)، یا توانایی‌شان در انجام فعالیتهای معمول روزمره زندگی (من بقدری احساس خوبی داشتم که رفتم و عصرانه را آماده کردم) تعریف می‌نمایند.

هر فردی سلامتی را با واژه‌هایی که نشانگر ارزشها و اعتقاداتش است تعریف می‌کند.

به مورد سارا گیلبارت، دانشجوی سال اول دانشکده که ندرتاً می‌خورد و تقریباً چندین مایل در روز می‌دوید برگردید. بر طبق اظهاراتش وی خودش را سالم می‌داند. لکن هم اتاقی او به دلیل آنچه ملاحظه می‌نماید یعنی ورزش زیاد و تغذیه ضعیف سارا نگران شده است. پرستار لازم است نظرات هر کدام از این افراد را برای تعیین دقیق اعتقادات آنان در مورد سلامت بودن جستجو نماید. به این ترتیب برای توسعه یک طرح مراقبتی مناسب پایه و اساسی فراهم می‌شود.

سلامتی با توجه به همهٔ ابعاد وجودی کل فرد از جمله جسمی، روانی، عاطفی، فرهنگی اجتماعی، اخلاقی و محیطی تعریف می‌شود. پرستار ارایه‌دهنده مراقبت پرستاری جامع و فراگیر باید همه این اجزاء وابسته و مرتبط به هم را که تشکیل‌دهنده کلیت فرد هستند را به طور مساوی در نظر بگیرد (شکل ۱ـ۴).

1- Meguni Kuni
2- Cystic fibrosis
3- Shondra cole
4- Samuel cohen

تمرین واکنشی ـ چالش‌هایی در برابر مهارتهای ذهنی

سارا گیلپارت اولین هم اطاقی دانشکده‌ام، وقتی که برای اولین بار ملاقاتش نمودم، به نظر می‌رسید که هم اتاقی ایده‌آلی باشد. یک دانشجوی خوبی که فکور، اهل در و بیرون، و شوخ‌طبع بود. به هر حال تا اکتبر حقیقتاً من در مورد وی شگفت‌زده بودم. من متوجه شدم که او ندرتاً تمایل به آمدن به اتاق غذاخوری همراه با گروه دوستانمان را دارد. وقتی که او می‌آمد کاملاً به نظر می‌رسید که غذایش را خورده است. همچنین مقدار زیادی از وقت خود را در مرکز ورزش صرف می‌کرد و تقریباً روزانه حدود ۵ تا ۸ مایل می‌دوید. وقتی که شروع به کاهش وزن به میزان مهمی نمود من تعجبی نکردم. من در مورد عدم تمایل او به صحبت کردن در مورد عادات بهداشتی و تغذیه‌ای‌اش نگران شده بودم. وی به من گفت که کاملاً سلامت هستم. همچنین او با ریشخند کردن من گفت که من اگر کار بیشتری انجام دهم و هرچه بیشتر خسته شوم سالم‌تر خواهم بود. در حالی که او مطمئناً در این مورد حق داشت، ولی من نگران بودم که او یک اختلال جدی خوردن دارد، و مطمئن نبودم که چطور می‌توانم به او کمک کنم. وقتی که من از او خواستم که در مورد وضعیت سلامت و خوردنش هرگونه صحبتی می‌خواهد بکند، وی خیلی مؤدبانه به من گفت: «فکر من مشغول است.»

تفکر نمودن خارج از کادر: دوره‌های احتمالی عملی

● به خواسته‌های سارا احترام بگذارید و سعی کنید یک دوست خوب برای او باشید و به این وضعیت ادامه دهید تا این که وی با شرایط تغذیه‌اش مواجه شود.
● به سارا بگوئید، من نگران شده‌ام که وی یک اختلال جدی خوردن دارد، بنابراین مراحل بعدی را ضمن در نظر گرفتن احترام کامل به حق او برای درصد برآمدن یا امتناع از کمک‌های حرفه‌ای، با وی برنامه‌ریزی کنید.
● به سارا بگویید که اگر او در کسب کمکهای حرفه‌ای موفق شود، با والدینش یا یک مشاور در مدرسه تماس می‌گیرید.

ارزشیابی یک برآیند خوب: من موفقیت را چگونه تعریف کنم؟

● سارا کمک مورد نیاز برای مورد تاکید قرار گرفتن مشکلات خوردنش و به دست آوردن سلامت مجدد را کسب می‌نماید.
● حق سارا برای تصمیم‌گیری مورد توجه قرار می‌گیرد.
● وظایف من به عنوان یک دوست تکمیل می‌شود.
● توانایی شروع کردن من برای شناسایی و عکس‌العمل صحیح نسبت به مشکلات سلامتی، انتخاب مرا برای پرستاری تأیید می‌کند.

یادگیری شخصی: اینجا

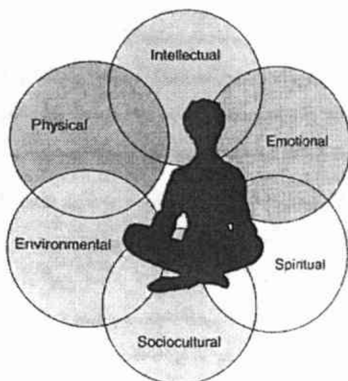
متأسفانه من مداخله‌ای نکردم زیرا (۱) من در شناساندن جدی بودن یک مشکل شکست خوردم، و (۲) من مطمئن نبودم بعد از این که سارا از کوشش‌های اولیه من برای ارایه کمک امتناع کرد، چگونه می‌توانم کاری انجام دهم؟ سارا در پایان سال تحصیلی اول مردود شد و به کلاس من نیامد، بنابراین من اطمینان ندارم که او چه کرده است؟ من در مورد اختلالات خوردن بیشتر خواندم و حالا اهمیت کسب کمک‌های حرفه‌ای به موقع را می‌دانم. من خیلی دیر یاد گرفتم که سارا تحت درمان بی‌اشتهایی در طی دبیرستان بوده است و این که فشارهای ناشی از دانشکده منتهی به برگشت آن شده بود، من فکر می‌کنم به روابط دوستانه‌اش نسبت به کسب کمکش ارزش بیشتری قائل شدم، در صورتی که او نیاز داشت که مشکل سلامتی جدی او مورد تأکید بیشتری قرار گیرد.

انعکاس

شما فکر می‌کنید تا در یک موقعیت مشابه چه عکس‌العملی نشان می‌دهید؟ چرا؟ این چه چیزی به شما در مورد خودتان و کفایت مهارت هایتان برای انجام اعمال حرفه‌ای می‌گوید؟ چه فشارهایی از سوی زندگی دانشکده‌ای اعمال دانشجویان پرستاری را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟ اعمال سارا کدام بودند؟ خواهش می‌کنم توضیح دهید. دانشجوی پرستاری سلامت و بیماری را چگونه می‌دید؟ سارا به آن چگونه نگاه می‌کرد. آیا شما می‌توانید به سایر راهها برای عکس‌العمل نشان دادن فکر کنید؟ چگونه سطح تکاملی دانشجو و سارا پاسخ هایشان را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟ به چه مهارتهای دیگری (شناختی، بین فردی، تکنیکی، اخلاقی / قانونی) برای پاسخگویی خوب به این موقعیت نیاز دارید؟ آیا شما با معیار ارزشیابی یک برآیند موفقیت‌آمیز موافق هستید؟ آیا هرگونه معیار دیگری که بتوانید مورد استفاده قرار دهید وجود دارد؟ خواهش می‌کنم شرح دهید.

بیماری

ناخوشی نیز توسط هر شخصی که تغییری را در سلامتی تجربه می‌کند به طور فردی تعریف می‌شود. ارایه تعریف استانداردی از ناخوشی نیز مشکل است، زیرا که اغلب واژه‌های بیماری و ناخوشی به مفهوم فرآیندی مشابه تلقی می‌گردند. بیماری واژه‌ای طبی (پزشکی) به منظور تغییری پاتولوژیک در ساختمان یا عملکرد جسمی یا روانی است (در کادر ۱ـ۴، مثال‌هایی از علل بیماری فهرست شده است). از سوی دیگر، یک ناخوشی پاسخ فردی نسبت به یک بیماری است که در طی آن سطح عملکرد فرد در مقایسه با سطوح قبلی وی تغییر می‌یابد. این پاسخ برای هر شخص انفرادی بوده و تحت تأثیر ادراکات خود فرد، ادراکات سایرین، اثرات این تغییرات بر ساختمان و عملکرد بدن، روی نقشها و روابط، و انتقادات و ارزشهای فرهنگی و معنوی می‌باشد.



شکل ۱-۴. ابعاد انسانی. کلیه این قسمت‌های وابسته ترکیب کلیت فردی است.

همواره باید به خاطر سپرد که یک فرد ممکن است دچار یک بیماری باشد ولی همچنان از حداکثر عملکرد و کیفیت زندگی برخوردار باشد.

روت جاکوب خانم ۶۲ ساله‌ای که بعد از یک «سکته مغزی کوچک» برای ترخیص آماده می‌گردید را مورد توجه قرار دهید. گرچه او به احتمال زیاد بیماری عروقی مغزی[1] دارد، ولی می‌خواهد همانقدر که می‌تواند سالم و فعال بماند. پرستار برای نائل شدن به این هدف بیمار دانش خود را در مورد فرآیند بیماری تکمیل می‌کند و با او کار می‌کند.

اغلب پرستاران از افرادی که به دلیل یک ناخوشی وارد سیستم مراقبت بهداشتی می‌شود مراقبت می‌کنند. تعاریف بیماریهای حاد و مزمن، رفتارهای بیمارگونه و اثرات بیماری روی اعضای خانواده در این بخش مورد بحث قرار می‌گیرد. تعادل فیزیولوژیکی و روانی - اجتماعی و سازگاری با آسیب‌ها و بیماریها در فصل ۳۲ مورد بحث قرار می‌گیرد.

بیماریها تحت عنوان حاد یا مزمن دسته‌بندی می‌شوند. یک فرد ممکن است یک بیماری حاد، یک بیماری مزمن یا به طور همزمان هر دو بیماری را داشته باشد. برای مثال یک بیمار بزرگسال مبتلا به دیابت (یک بیماری مزمن) همچنین ممکن است آپاندیسیت (یک بیماری حاد) نیز داشته باشد.

بیماری حاد

معمولاً یک بیماری حاد دارای شروع سریع علائم است که فقط به طور محدودی طول می‌کشد.

کادر ۱-۴. علل بیماریها

- عیوب ارثی - ژنتیکی
- بروز نقائص ناشی از تماس با عواملی نظیر ویروسها یا مواد شیمیایی در هنگام حاملگی
- عوامل بیولوژیکی یا سموم
- عوامل فیزیکی مثل حرارت، مواد شیمیایی و اشعه
- واکنشهای عمومی نسوج نسبت به آسیب‌ها و تحریکات
- واکنشهای فیزیولوژیکی و عاطفی نسبت به استرس
- ازدیاد و یا نقصان تولید ترشحات بدن (هورمونها، آنزیمها و غیره)

به عقب برگردید و در مورد روت ژاکوب، خانم ۶۲ ساله‌ای که در شروع فصل توضیح داده شد فکر کنید. سکته مغزی خفیف وی بر یک بیماری حاد دلالت می‌نمود که نیاز به بستری شدن داشت. به هر حال در حال حاضر بیمار پیشرفت کرده و برای ترخیص آماده می‌گردد. پرستار اطلاعات و آگاهی خود را در مورد شدت موقعیت وی برای توسعه یک برنامه آموزشی هنگام ترخیص جهت این بیمار در هم می‌آمیزد.

گرچه برخی بیماریهای حاد برای زندگی مخاطره‌آمیز می‌باشند ولی در بسیاری از موارد به توجهات پزشکی نیازی ندارند. در مواردی که مداخلات پزشکی ضرورت یابد، معمولاً درمان خاص با داروها (مثلاً آنتی‌بیوتیک برای پنومونی) یا روشهای جراحی (مثلاً یک آپاندکتومی برای آپاندیسیت) فرد را به عملکرد طبیعی برخواهد گرداند. بیماریهای حاد ساده‌ای چون سرماخوردگی، یا اسهال با خوددرمانی و مصرف داروهای بدون نسخه (روی پیشخوانی)[2] بدون نیاز به درمان‌های پزشکی برطرف می‌شوند.

وقتی که فردی حقیقتاً بیمار می‌گردد، رفتارهای بیمارگونه خاصی در مراحل قابل تشخیص در وی بروز می‌نماید (ساچمن[3]، ۱۹۶۵). این رفتارها روشی است که افراد برای مقابله با تغییرات ایجاد شده در عملکردها توسط بیماری به کار می‌بندند. رفتارهای بیمارگونه در هر شخصی منحصر به فرد بوده و تحت تأثیر سن، جنس، ارزشهای خانوادگی، وضعیت های اقتصادی - اجتماعی، فرهنگ، سطح آموزش و حالات روحی و روانی می‌باشد.

برای مراحل رفتارهای بیمارگونه، هیچ گونه زمان‌بندی خاصی وجود ندارد. این مراحل سریعاً و یا به آهستگی اتفاق می‌افتند. نقش‌های پرستاری در سرتاسر این مراحل پایدار باقی

1- cerebrovascular disease
2- over the counter medication (OTC)
3- Suchman



شکل ۲ـ۴. پرستار بیمار را به عنوان یک اساس برای رفتارهای قلبی سالم بررسی می‌کند.

می‌مانند. پرستار در کلیهٔ مراحل، بیمار را به عنوان یک فرد می‌پذیرد، مراقبت‌های پرستاری را بر اساس نیازهای اولویت‌بندی شده ارایه می‌دهد، و بهبودی را از طریق مراقبت جسمی، حمایت عاطفی و آموزش بهداشت تسهیل می‌کند (شکل ۲ـ۴).

مرحلهٔ ۱: تجربهٔ علائم

چگونه اشخاص خودشان را بیمار تعریف می‌کنند؟ معمولاً اولین نشانهٔ یک بیماری، شناسایی علامت یا علایمی است که با تعریف شخصی فرد از سلامت مغایرت دارد. گرچه درد مهمترین علامت نشان‌دهندهٔ بیماری است، سایر علایم شایع شامل تظاهرات جلدی (راش)، تب، خونریزی یا سرفه می‌باشد. چنانچه علایم برای مدت کوتاهی باقی بماند و یا با مراقبت از خود تسکین یابد، فرد درصدد اقدام دیگری برنمی‌آید. در صورت ادامه علایم فرد وارد مرحلهٔ بعدی می‌گردد.

مرحلهٔ ۲: پذیرش نقش بیمار

اکنون فرد خودش را به عنوان این که در حال بیمار شدن است تعریف می‌کند و در پی این تجربه در صدد جداسازی از سایرین بر می‌آید و فعالیت‌های طبیعی را رها می‌کند و یک نقش بیمارگونه به خود می‌گیرد. در این مرحله اکثر افراد روی علائم و اعمال جسمی خود تأکید می‌کنند. فرد بسته به اعتقادات و اعمال بهداشتی فردی ممکن است هیچ اقدامی نکرده یا با خرید داروهای بدون نسخه (OTC) علایم خود را تسکین دهد، و یا در صدد کسب مراقبت‌های بهداشتی برای تشخیص و درمان برآید. در جامعهٔ ما، وجود یک بیماری وقتی مسجل می‌شود که توسط یک ارایه دهندهٔ مراقبت بهداشتی تشخیص داده شده و درمان لازم برایش تجویز گردد. هنگامی که فرد در صدد کسب کمک از یک ارایه دهندهٔ مراقبت بهداشتی بر می‌آید، یک بیمار تلقی شده و وارد مرحلهٔ بعدی می‌شود.

دانیال استرمن، مرد جوان مبتلا به اسکیزوفرنی را به خاطر آورید. ورودش به یک درمانگاه بهداشت روانی حاکی از این است که وی در صدد کسب کمک از یک ارایه دهنده مراقبت بهداشتی می‌باشد و پرستار این رفتار را به عنوان نشانه‌ای از پذیرش نقش بیمار تفسیر می‌نماید.

مرحلهٔ ۳: پذیرش یک نقش وابسته

این مرحله با تصمیم بیمار برای پذیرش تشخیص و پیگیری برنامه درمان تجویز شده مشخص می‌گردد. فرد با انتخاب‌های سایرین موافقت نموده، اغلب در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی به کمک نیاز داشته و از طریق پذیرش، توافق و سازگاری، نزدیکی‌های جسمی و محافظت به حمایت عاطفی نیازمند است.

اگر بیماری جدی باشد (مثلاً یک حمله قلبی یا سکته مغزی)، احتمالاً بیمار برای درمان وارد بیمارستان می‌گردد. چنانچه علائم را بتوان توسط خود بیمار یا افراد خانواده به تنهایی با کمک ارایه‌دهندگان مراقبت در منزل برطرف نمود، بیمار در خانه مراقبت می‌شود. بیمار برای تسهیل پیگیری برنامهٔ درمانی به برقراری روابط مؤثر با مراقبت کنندگان، کسب آگاهی در مورد بیماری و یک برنامه مراقبتی فردی نیاز دارد. پاسخ‌های بیمار نسبت به مراقبت به عوامل مختلفی چون جدی بودن بیماری، درجه ترس بیمار در مورد بیماری، از دست دادن نقش‌ها، حمایت از سایرین، و تجارب قبلی مربوط به مراقبت از بیماری بستگی دارد. انتظار می‌رود بیمار توسط مراقبت دهندگان و افراد خانواده بهبودی به دست آورده و نقش‌های عادی خود را از سر گیرد.

به دانیال استرمن، بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی که در شروع فصل شرح داده شد و برای برقراری تعامل و روبرویی با کارکنان مختلف دارای مشکلاتی بود، توجه کنید. پرستار لازم است که در هنگام برنامه‌ریزی طرح مراقبتی برای اطمینان یافتن از این که کارکنان و بیمار برنامه مراقبتی را پیگیری خواهند نمود، از این مشکلات قبلی آگاه باشد.

مرحله ۴: دستیابی به بهبودی و نوتوانی

بهبودی و نوتوانی باید در بیمارستان آغاز و در خانه خاتمه یابد و یا ممکن است به طور کامل در یک مرکز نوتوانی یا منزل به اتمام برسد. اکثر بیماران این مرحله نهایی رفتار بیمارگونه را در خانه تکمیل می‌نمایند. در این مرحله فرد نقش وابسته خود را رها کرده و فعالیت‌ها و مسئولیت‌های عادی خود را از سر می‌گیرد. در صورتی که در برنامه مراقبتی، آموزش بهداشت نیز در نظر گرفته شود، فرد ممکن است به سطح بالاتری از عملکرد و سلامتی حتی نسبت به زمان قبل از بیماری برگردد.

ژاکوب روت خانم ۶۲ ساله‌ای که بعد از یک «سکته مغزی خفیف» برای ترخیص آماده می‌شود را بخاطر آورید. وی تمایل خود را به فعال و سالم ماندن به میزانی ابراز می‌کند که بتواند نقش وابستهٔ خود را رها نماید. پرستار از این دانش به عنوان اساسی برای طرح آموزشی بیمار استفاده می‌کند که به موجب آن برگشت بیمار به سلامت، و احتمالاً در یک سطح بالاتر از قبل از سکته خفیف مغزی بیمار تقویت شود.

بیماری مزمن

بیماری مزمن، واژهٔ گسترده‌ای است که تغییرات متعدد جسمی و روانی را در سلامت در بر می‌گیرد و دارای یک یا تعداد بیشتری از مشخصه‌های زیر است:

- یک تغییر دائمی است.
- بوسیله تغییرات غیر قابل برگشت در آناتومی و فیزیولوژی طبیعی ایجاد می‌گردد.
- به آموزش خاص برای نوتوانی نیاز دارد.
- به مراقبت یا حمایت طولانی‌مدت احتیاج دارد.

بیماری مزمن معمولاً دارای شروع آهسته و دوره‌ای از تسکین موقتی[1] (وقتی که بیماری وجود دارد ولی فرد علائمی را تجربه نمی‌کند) و شدت اوج علائم یا عود مجدد[2] (علائم بیماری دوباره آشکار می‌شود) است. مثال‌هایی از بیماریهای شایع مزمن عبارتند از: مشکلات قلبی، دیابت شیرین، بیماریهای ریوی و آرتریت.

دانیال استرمن، مرد جوان مبتلا به اسکیزوفرنی را به یاد دارید؟ پرستار با توجه به اطلاعات خود در مورد این اختلال، درک می‌کند که این بیماری مزمن است و می‌تواند با درمان کنترل شود. ورود بیمار به درمانگاه با ارایه گزارشهایی مبنی بر این که وی صداهایی را می‌شنود دال بر این است که علائم این اختلال دوباره آشکار گردیده و به درمان نیاز دارد.

بیماریهای مزمن مشکل بهداشتی عمده‌ای در جهان ایجاد کرده‌اند. برخی جریانات موجود به افزایش اختلالات مزمن منتج گردیده است از جمله این موارد می‌توان از افزایش تعداد سالمندان، انتخاب‌های مربوط به روش زندگی (مثلاً سیگار کشیدن و استعمال داروهای مخدر)، عوامل محیطی (افزایش آلودگی هوا و آب) و اپیدمی ایدز یاد نمود. لذا به مراقبت پرستاری بیشتری از بیماران مبتلا به اختلالات مزمن در آینده مورد نیاز خواهد بود. گرچه همه افراد مبتلا به یک بیماری مزمن نیاز به مراقبت ندارند، لکن همهٔ افراد مبتلا به اختلال مزمن باید ابعاد خاصی را در زندگی خود بپذیرند تا قادر به ادامه زندگی با وجود این مشکل در روزهای باقیمانده عمر خود باشند. اغلب افراد مبتلا به یک بیماری مزمن دچار احساس غم و اندوه شدید به دنبال فقدان‌ها یا تغییراتی در ساختار و عملکرد فیزیکی گردیده، در مورد وضعیت مالی یا موقعیتها، نقشها، احترام و آبرو، و شأن و ارزشهای خود نگران هستند و با امکان یک مرگ زودرس روبرو می‌باشند. افراد برای تطابق موفقیت‌آمیز با بیماری مزمن باید یاد بگیرند که تا حد امکان بصورت طبیعی زندگی کنند و علیرغم وجود علائم و درمانهایی که سبب احساس تفاوت آنان با دیگران می‌گردد، یک مفهوم خود مثبت و حس امیدواری را حفظ کنند. غالباً فعالیتهای روزمره زندگی، روابط، و فعالیتهای مراقبت از خود باید تغییر کند، و این مهم است که فرد یک حس کنترل داشتن روی زندگی خود و درمانهای تجویز شده را حفظ نماید.

شما به عنوان یک پرستار از افراد همه گروههای سنی مبتلا به یک اختلال مزمن در محیطهای مختلفی چون منازل، درمانگاه‌ها، بیمارستان‌ها، خانه‌های پرستاری و موسسات مراقبت خواهید نمود. پرستار باید هر کوششی را در جهت ارتقاء سلامتی بیماران مبتلا به اختلالات مزمن صرف نظر از سن، اثرات و نشانه‌های ناخوشی، یا محیط وی به عمل آورد، و به جای آن که روی توجهات هرچه طولانی‌تر تکیه نماید، باید روی مراقبت‌های ممکن تأکید کند.

اثرات بیماری روی خانواده

اکثراً مراقبت پرستاری به بیمارانی که دارای برخی اشکال سیستم حمایتی، و معمولاً خانواده هستند، ارایه می‌گردد. هنگام بروز یک بیماری، نقش‌های بیمار و اعضای خانواده تغییر می‌کند. به طور مثال، یک بیماری مزمن سبب ایجاد تنش در بیمار و خانواده می‌گردد، زیرا که باعث ایجاد تغییرات مادام‌العمر در نقشها یا

1- remission
2- exacerbation

روش زندگی، بستری شدن‌های مکرر، مشکلات اقتصادی و کاهش تعاملات اجتماعی بین اعضای خانواده می‌شود. همچنین واکنشهای اعضای خانواده نسبت به یک بیماری فردی است. برخی مایلند که در تمام مدت آنجا و در کنار او باشند در حالی که بعضی از ملاقات اجتناب می‌کنند. والدین یک کودک بیمار با سرزنش کردن خود، محافظت بیش از حد و اضطراب زیاد واکنش نشان می‌دهند. افراد خانواده بیمارانی که به مراقبت‌های شدید احتیاج دارند، احساس تنهایی و هراس دارند. آنها احتمالاً احساس گناه نموده و تصویری از بدتر شدن احتمالی عوارض در ذهن دارند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خانواده در سلامت و بیماری به فصل دوم مراجعه کنید.

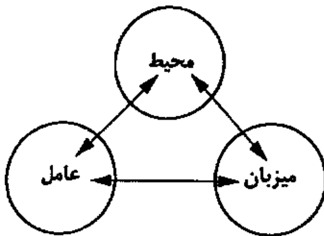
الگوهای سلامت و بیماری

از آنجایی که ارایه تعاریفی کلی از سلامت و بیماری مشکل است، برای کمک به تشریح مفاهیم و روابط مربوطه الگوهایی گسترش یافته‌اند. الگوهایی که در این فصل توضیح داده می‌شوند عبارتند از:

- الگوی (مدل) عامل ـ میزبان ـ محیط[1]
- تسلسل سلامت و بیماری[2]
- الگوی رفاه (بهبودی) سطح بالا[3]
- الگوی ارتقاء سلامت[4]

الگوی عامل ـ میزبان ـ محیط

الگوی عامل ـ میزبان ـ محیط سلامت و بیماری، به منظور استفاده در بهداشت جامعه توسط لاول و کلارک در ۱۹۶۵ توسعه یافته است که برای بررسی علل بیماری، در یک فرد مؤثر می‌باشد. شناخت عوامل خطرساز ناشی از اثرات متقابل عامل ـ میزبان ـ محیط و درک آنها در پیشبرد و حفظ سلامتی مهم است. یک عامل، عاملی محیطی یا استرسوری است که وجود یا عدم حضور آن برای ایجاد یک ناخوشی ضروری می‌باشد. برای مثال این عامل احتمال دارد باکتری یا یک ویروس، یک مادهٔ شیمیایی، یا نوعی از اشعه باشد که وجود آن، ازدیاد یا عدم وجود آن برای یک بیماری الزامی است (مثلاً در یک بیماری کمبود ویتامین). یک میزبان، موجود زنده‌ای است که قادر به ابتلا یا عفونی شدن توسط یک عامل است. پاسخ میزبان تحت تأثیر تاریخچه خانوادگی فرد، سن و عادات بهداشتی قرار می‌گیرد. محیط شامل کلیهٔ عوامل خارجی در مقابل میزبان است که شدت بیماری را بیشتر یا کمتر می‌سازد. این عوامل شامل هر چیزی که روی سلامت تأثیر می‌گذارد، از جمله عوامل فیزیکی، اجتماعی، بیولوژیکی و فرهنگی می‌گردد. برای مثال فردی که دارای عادات



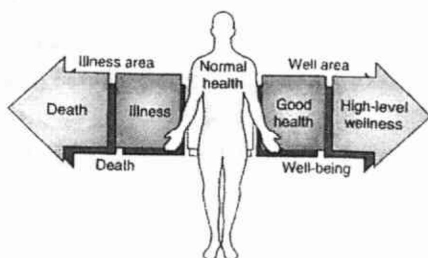
شکل ۳ـ۴. سه ضلعی عامل ـ میزبان ـ محیط

تغذیه‌ای نامناسبی بوده و خواب کمی دارد، در خطر زیاد برای ابتلا به عفونت طی یک دوره همه‌گیری انفلوانزا قرار دارد. چنانچه این فرد دچار نقص ایمنی نیز باشد (مثلاً در سندرم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز) این خطر بیشتر می‌شود. مثلث موجود در شکل ۳ـ۴ تأثیر هریک از عوامل، عامل ـ میزبان ـ محیط را بر یکدیگر، و همچنین تحت تأثیر قرار گرفتن آنها از دیگران را نشان می‌دهد. این عوامل به طور مداوم بر یکدیگر، و همچنین تحت تأثیر قرار گرفتن آنها از دیگران را نشان می‌دهد. این عوامل به طور مداوم بر یکدیگر تأثیر گذارده و ترکیبی از آنها امکان بروز ناخوشی را افزایش می‌دهند. هنگامی که این عوامل متعادل باشند، سلامتی حفظ شده، و زمانی که از حد متعادل خارج شوند، بیماری رخ می‌دهد. به این ترتیب سلامتی یک حالت در حال تغییر است.

تسلسل بیماری ـ سلامتی

تسلسل بیماری ـ سلامتی راهی برای اندازه‌گیری سطح سلامت فرد می‌باشد. برطبق این الگو سلامتی وضعیتی در حال تغییر مداوم از بالاترین سطح بهبودی و مرگ در انتهای مخالف یک نمودار مدرج یا مسلسل می‌باشد (شکل ۴ـ۴) همانگونه که فرد برای حفظ یک حالت خوب بودن و رفاه با تغییرات مربوط به محیطهای داخلی و خارجی تطابق می‌یابد، این تداوم، پویایی حالت سلامتی (حتی در حال تغییر) را نشان می‌دهد. یک بیمار مبتلا به یک بیماری مزمن در هر زمانی بسته به اعتقاد وی که در زمان بهبودی چگونه عمل می‌کند، ممکن است خود را در نقاط مختلف نمودار ببیند.

1- Agent-host-environment model
2- Health-illness continum
3- High-level wellness model
4- Health promotion model



شکل ۴ـ۴. تسلسل بیماری ـ سلامتی

به عقب برگردید و به سارا گیلبرت، دانشجوی سال اول دانشکده که در تمرین انعکاسی (پاسخی) شرح داده شد فکر کنید. پرستار در هنگام بررسی این بیمار، با توجه به این که تنش‌زاهای زندگی دانشکده منتج به یک انتقال و جابجایی در طول نمودار سلامت برای این بیمار شده است و وی از سطح بالای خوب بودن و رفاه دور شده است، می‌توانست از الگوی سلامت ـ بیماری استفاده کند.

الگوی رفاه (بهبودی) سطح بالا

دالبرت دان[1] (۱۹۶۱) الگوی خود را تحت عنوان رفاه (بهبودی) سطح بالا شرح داد. طبق نظر وی، یک فرد حداکثر کارآیی خود را در هنگام حفظ تعادل و یک راستای هدفمند در محیط به کار می‌بندد. دان بین بهبودی و سلامت خوب تفاوت می‌گذارد و معتقد است که سلامت خوب یک حالت غیر فعال است که شخص ناخوش نیست. ولی بهبودی یا خوب بودن، یک حالت فعال‌تری است که فرد به سوی حداکثر توان خود، صرف نظر از وضعیت سلامت‌اش پیش می‌رود. دان فرآیندهایی را که به فرد کمک می‌کند تا بداند کیست و چیست؟ را نیز تعریف کرده است. این فرآیند که بخشی از ادراکات فرد از حالت خوب بودنش می‌باشد عبارتند از: بودن (شناخت خود به صورت مجزا و فردی)، تعلق داشتن (قسمتی از کل بودن، شدن (رشد کردن و تکامل یافتن)، و شایسته بودن (ایجاد انتخاب‌های شخصی متناسب با خود برای آینده).

الگوی دان پرستار را به مراقبت کامل از خود، ضمن در نظر گرفتن کلیه عوامل مؤثر بر وضعیت وجودی شخص، در حالی که وی برای رسیدن به حداکثر توان خود تلاش می‌نماید، تشویق می‌کند.

برای مثال، پرستار در هنگام برنامه‌ریزی و ارایه مراقبت به سارا، دانشجوی سال اول دانشکده که مشکوک به یک اختلال خوردن (تغذیه‌ای) می‌باشد، مداخلات پرستاری شامل برآوردن نیازهای آموزشی وی (بعد ذهنی و هوشی)؛ مشارکت دوستان و خانواده (بعد اجتماعی ـ فرهنگی)، ارایه یا ارجاع برای مشاوره (بعد عاطفی) و درخواست از روحانی مؤسسه برای ملاقات با وی (بعد معنوی و اخلاقی) را به کار می‌گیرد.

الگوی اعتقاد سلامتی

غربالگری‌های رایگان و ارزان و اطلاعات بهداشتی برای کمک به تشخیص زودرس بیماریها و آموزش عموم مردم در مورد زندگی سالم و پیشگیری از بیماریها در اکثر نواحی در دسترس قرار دارند. پس چرا اکثر افراد از مزایای چنین خدماتی استفاده نکرده و یا روش زندگیشان را تغییر نمی‌دهند؟ این سؤال با استفادهٔ گسترده از الگوی اعتقاد ـ سلامتی که رفتارهای بهداشتی را شرح می‌دهند، پاسخ داده می‌شود.

الگوی اعتقاد سلامتی (روزن استوک[2]، ۱۹۷۴) براساس حقایقی که مردم خودشان در رابطه با سلامتی‌اشان درک نموده و یا به آن معتقدند واقع گردیده است. این الگو دارای سه بخش ادراکات فردی در مورد خطر یک بیماری می‌باشد: ۱ـ درک استعداد ابتلا به یک بیماری ۲ـ درک جدی بودن یک بیماری ۳ـ درک سودمندیهای عمل

درک استعداد ابتلا به یک بیماری، اعتقادی فردی است که آیا او نیز به یک بیماری دچار خواهد شد یا نه؟ دامنه درک مستعد بودن می‌تواند از وحشت ابتلا به بیماری تا انکار کامل، که باعث بروز رفتارهای خاصی در مقابل ناخوشی می‌گردد، متغیر باشد. به طور مثال یک فرد سیگاری ممکن است معتقد باشد که وی در معرض خطر ابتلا به سرطان ریه قرار دارد و احتمالاً سیگار کشیدن را ترک کند و یا اصلاً باور نداشته باشد که سیگار مخاطره‌ای جدی برایش ایجاد کرده، بنابراین به سیگار کشیدن ادامه خواهد داد.

درک جدی بودن یک بیماری، به جدی بودن بیماری و اثرات آن روی روش زندگی شخص مربوط می‌گردد. این بخش براساس آن که یک فرد چقدر باید در مورد بیماری اطلاع داشته باشد تا بتواند در رفتارهای بهداشتی خود تغییر ایجاد کند، استوار گشته است. چنانچه فرد سیگاری به این باور رسیده باشد که سرطان ریه به ناتوانی جسمی یا مرگ منتهی می‌گردد و بر توانایی وی در کار کردن و سرپرستی افراد خانواده مؤثر است، به نحو جدی سیگار را ترک می‌کند.

1- Halbert Dunn　　2- Rosenstock

درک سودمندی‌های عمل یا چگونگی تأثیر باورهای فردی در مورد مفید بودن انجام اقدامات پیشگیری کننده، در جلوگیری از ابتلا به بیماری ارتباط دارد. این عامل تحت تأثیر اعتقاد فرد به این که انجام یک دستور توصیه شده از بروز یک بیماری جلوگیری کرده و یا روند آن را تغییر می‌دهد، و میزان درک فرد از هزینه و اثرات نامطلوب انجام رفتار بهداشتی (مقایسه نمودن با عدم انجام هرگونه عملی) می‌باشد. برای مثال، فرد ممکن است معتقدباشد که ترک‌سیگار از مشکلات‌تنفسی در آینده پیشگیری خواهد نمود، حال آن که بر علائم اولیه ترک نیز می‌توان براحتی غلبه نمود، بنابراین سیگار کشیدن را ترک می‌کند.

عوامل تغییر دهنده برای اعتقادات بهداشتی (سلامتی) یک فرد شامل متغیرهای دموگرافیکی (از قبیل سن یا نژاد) متغیرهای روانی ـ اجتماعی (مثلاً شخصیت و فشار گروههای همسان)، و متغیرهای ساختاری (از جمله میزان دانش و تماس قبلی با بیماری) می‌باشد. این عوامل برای تأثیر بر درک سودمندی‌های عمل پیشگیری کننده منهای موانع موجود در مقابل عمل پیشگیری‌کننده بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. رویه‌های عملی نیز از عوامل تغییردهنده هستند و از طریق فعالیتهایی چون نصایح سایرین، برنامه‌های رسانه‌های جمعی، مطالعات قبلی، تماس‌های تلفنی یا کارت پست‌های تذکر دهنده و ناخوشی یکی از نزدیکان فراهم می‌گردد. بنابراین به احتمال قوی یک عمل پیشگیری کننده بهداشتی توصیه شده، ترکیبی از ادراکات فردی و عوامل تغییر دهنده می‌باشد. این الگو در هنگام آموزش افراد در مورد سلامتی و بیماری مؤثر است. پرستار می‌تواند باورهای بیماران، را تعیین نموده و سپس برای کمک به برآوردن نیازهای بهداشتی بیماران اهداف واقع گرایانه‌ای را طرح نماید. به‌هرحال فعالیتهایی که در جهت آموزش و ارتقاء تندرستی صورت می‌گیرد فقط در صورتی که بیمار معتقد به اهمیت و ضرورت آنها باشد، مؤثرند.

به روت جاکوب، خانمی که به دنبال یک سکته مغزی در حال ترخیص شدن بود توجه کنید. گفته‌های بیمار حاکی از آن است که وی برای دست یافتن به سلامتی به طور مثبتی برانگیخته شده، و برای پرستار اطلاعات ارزشمندی در مورد اعتقادات بهداشتی بیمار فراهم گردیده است. پرستار و بیمار با یکدیگر، می‌توانند اهداف واقع‌گرایانه‌ای تعیین کنند. سپس پرستار می‌تواند از این الگو برای توسعه طرح آموزشی بیمار، شامل اطلاعاتی در مورد فرآیند بیماری، عوامل خطرساز سکته مغزی، و راههای کاهش دهنده خطر ابتلا بیمار به یک سکته شدید، استفاده نماید.

الگوی ارتقاء سلامتی

الگوی ارتقاء سلامتی (پندر[1]، ۱۹۹۶) برای تشریح «ماهیت چند بعدی افرادی که ضمن پیگیری سلامتی، در تعامل با محیطشان می‌باشند» توسعه یافته است (صفحه ۵۳). این الگو ویژگی‌ها و تجربیات فردی و آگاهی از رفتار خاص و باورها، را برای برانگیختن رفتار ارتقاء ـ سلامت با یکدیگر ترکیب می‌کند. اجزاء این الگو را به منظور ارتقاء سلامتی افراد، خانواده‌ها و جوامع برای طراحی و ارایه مداخلات پرستاری می‌توان به کار برد.

ویژگی‌ها و تجربیات فردی در پیش‌بینی این که آیا یک فرد همکاری خواهد داشت و رفتارهای بهداشتی مربوطه را به کار خواهد بست یا نه می‌تواند مؤثر واقع گردد. چنانچه رفتاری قبلاً استفاده شده است و یک عادت گردیده، مجدداً با احتمال بیشتری مورد استفاده قرار می‌گیرد عوامل بیولوژیکی، روانی، و فرهنگی ـ اجتماعی شخصی، از جمله سن، جنس، قدرت‌ها، اعتماد به نفس، وضعیت‌های سلامتی ادراک شده، تعریف سلامتی، نژاد، فرهنگ و شرایط اقتصادی ـ اجتماعی همگی پیشگویی کننده یک عادت مربوط به سلامتی می‌باشند. به طور مثال فردی که از اعتماد به نفس بالایی برخوردار است، خود را به عنوان فرد سالمی تعریف می‌کند که دارای درآمد کافی می‌باشد، کمتر به مصرف الکل و دخانیات روی می‌آورد و به احتمال قوی از یک رژیم غذایی سالم پیروی می‌کند، و در یک برنامه ورزشی منظم شرکت می‌نماید. برعکس فردی که اعتماد به نفس پایینی دارد، دارای یک نگرش جبری نسبت به سلامتی می‌باشد، و یک سطح اقتصادی ـ اجتماعی پائینی دارد که متعاقب آن فقر تغذیه‌ای داشته، هرگز ورزش نمی‌کند و مواد مخدر مصرف می‌نماید.

رفتارهای شناختی خاص، باورها و روابط، انگیزه‌های عمده‌ای در به کار گماردن رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی هستند. اینها عبارتند از: اعتقاد به این که یک برآیند مثبت ناشی از یک رفتار بهداشتی خاص وجود دارد، که یک فرد دارای مهارت و شایستگی در به کار گرفتن رفتارهای بهداشتی است و این که یک فرد توسط تأثیرات بین فردی دیگران (بویژه اعضای خانواده، همکاران، و ارایه دهندگان مراقبت بهداشتی) تحت تأثیر قرار می‌گیرند. تأثیرات موقعیتی چون سیاستهای ممنوع کردن استعمال دخانیات نیز روی رفتارهای سلامتی مؤثرند. موانع موجود برای عمل کردن که شامل احساس بی‌فایدگی، ناراحتی، گرانی، سختی، یا وقتگیر بودن هستند به اجتناب از یک رفتار منتج می‌گردد.

1- Pender

یک رفتار مربوط به سلامتی، با پیوستن به یک طرح عملی آغاز شده، و با توسعه راهبردهای مربوط به انجام رفتار ارزشمند همراه می‌شود. نارسایی در حفظ رفتار از درخواستهای رقابتی ناشی می‌گردد. برای مثال ممکن است برای یک فرد رژیم غذایی کم چربی شروع شود، در حالی که وی تمایل به غذاهای آماده و سریع پیدا می‌کند. رفتار مربوط به سلامتی برآیند این الگو است و در جهت کسب برآیندها و تجارب سلامتی مثبت در سراسر عمر گام برمی‌دارد.

عوامل مؤثر بر سلامتی و بیماری

عوامل متعددی بر وضعیت سلامتی، باورهای بهداشتی، و اعمال بهداشتی فرد تأثیر می‌گذارند. این عوامل احتمالاً نسبت به فرد داخلی یا خارجی بوده و می‌توانند تحت کنترل آگاهانه قرار گیرند یا نگیرند. پرستار برای برنامه‌ریزی و ارایه مراقبت جامع و کامل باید چگونگی تأثیر این عوامل را بر رفتار افراد سالم و بیماران درک نماید. این بخش عوامل موثر بر وضعیت سلامت، باورهای بهداشتی و اعمال بهداشتی که در بر گیرنده عوامل خطرساز بیماری؛ عوامل مربوط به ابعاد انسانی مؤثر بر وضعیت‌های سلامت ـ بیماری، اعتقادات و اعمال بهداشتی، نیازهای اساسی انسان و مفهوم خود می‌باشد را تشریح می‌نماید.

عوامل خطرساز بیماری

گاهی اوقات یک عامل خطرساز، شانس یک فرد را برای بیماری یا آسیب افزایش می‌دهد. شش نوع کلی عوامل خطرساز در جدول ۱ـ۴ شرح داده شده است. عوامل خطرساز برای هر سطح تکاملی در طول زندگی در واحد II، و تأثیرات فرهنگی روی سلامتی در فصل ۳ مورد بحث قرار گرفته است.

همانند سایر اجزاء سلامت و بیماری، اغلب عوامل خطرساز با یکدیگر مرتبط می‌باشند. همان طوری که تعداد عوامل خطرساز افزایش می‌یابد، به همین ترتیب امکان بروز بیماری نیز بالا می‌رود. به طور مثال، یک فروشندهٔ چاق، تحت فشار برای افزایش فروش، سیگار می‌کشد و الکل را در حد افراط می‌نوشد. این عوامل با یک تاریخچهٔ خانوادگی از بیماری قلبی ترکیب می‌شود، و این فرد را در معرض خطر زیاد برای بیماری قرار می‌دهد.

ابعاد انسانی

عوامل مؤثر بر وضعیت‌های سلامتی ـ بیماری، اعتقادات بهداشتی، و اعمال بهداشتی با ابعاد انسانی فرد ارتباط

جدول ۱ـ۴. نواحی عمده خطرزا

عوامل خطرزا	مثالها
سن	کودکان در سن مدرسه در معرض خطر بسیار زیاد بیماریهای واگیردار هستند. احتمال بیماریهای قلبی ـ عروقی در خانمها بعد از یائسگی افزایش می‌یابد.
ژنتیک	تاریخچه فامیلی سرطان و دیابت فرد را مستعد ابتلاء به این بیماریها می‌نماید.
عوامل فیزیولوژیکی	چاقی احتمال بیماریهای قلبی را افزایش می‌دهد. حاملگی مادر و جنین هر دو را در معرض خطر قرار می‌دهد.
عادات بهداشتی	کشیدن سیگار احتمال سرطان ریه را افزایش می‌دهد. فقر غذایی می‌تواند باعث مشکلات سلامتی گوناگون شود.
شیوهٔ زندگی	ارتباطات جنسی با افراد متعدد و گوناگون خطر بیماریهای مقاربتی جنسی (مثل سوزاک یا سندرم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز) را افزایش می‌دهد. رویدادهای افزایش دهندهٔ تنش‌ها (مثلاً جدایی، بیکاری و اخراج، فشارهای مربوط به کار) ممکن است در بروز حوادث و بیماریها مشارکت نمایند.
محیط	محیطهای کاری و زندگی (مثلاً مواد زیان‌آور و تهویهٔ ناکافی و آلودگی محیط) ممکن است در بروز بیماریها دخالت کنند.

می‌یابد (شکل ۱ـ۴). هریک از ابعاد با دیگری مرتبط می‌باشد و روی رفتارهای فرد در سلامت و بیماری تأثیر می‌گذارد. بررسی‌های پرستاری از نقاط ضعف و قدرت در هر بعد برای توسعه یک طرح مراقبتی که فردی و جامع است مورد استفاده قرار می‌گیرد. فرآیند پرستاری جهت برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های مراقبتی در واحد III مورد بحث قرار گرفته است.

بعد جسمی

بعد فیزیکی شامل ترکیب ژنتیکی، سن، سطح تکاملی، نژاد و جنس می‌باشد. این اجزاء قویاً تحت تأثیر وضعیت سلامتی و اعمال بهداشتی هستند. اختلالات ژنتیکی ارثی عبارتند از سندرم داون[1]، هموفیلی، کیستیک فیبروزیس و کوررنگی. کودکان نوپا در خطر زیادی برای اختلالات خواب و خیس کردن خود در خواب هستند و نوجوانان و جوانان مذکر در خطر زیادی برای حوادث مربوط به اتومبیل ناشی از سرعت زیاد می‌باشند. برای ابتلا به برخی بیماریها، صفات نژادی خاصی از جمله کم‌خونی

1- Down syndrome

داسی شکل، فشار خون بالا و سکته مغزی وجود دارد. زن جوانی که یک مادر و مادربزرگ مبتلا به سرطان پستان دارد، داشتن یک معاینه بالینی سالانه پستان و ماموگرافی برایش لازم‌تر می‌باشد.

بعد عاطفی

این که روح و روان چگونه تحت تأثیر عملکرد جسم و بدن قرار می‌گیرد و نحوهٔ پاسخگویی به حالتهای جسمی نیز تحت تأثیر سلامتی می‌باشد. تنش‌های طولانی‌مدت سیستم‌های بدن را درگیر نموده و اضطراب بر عادات بهداشتی تأثیر می‌گذارند، برعکس تن آرامی و آرامش به طور بالفعل قادر به تغییر پاسخ‌های بدن به ناخوشی هستند. مثالی از اثرات منفی عواطف، دانش‌آموزی است که قبل از امتحانات اسهال دارد و یک نوجوان با اعتماد به نفس پایین که به مصرف مواد مخدر روی می‌آورد. اثرات مثبت عواطف شامل کاهش درد جراحی با روشهای آرام‌سازی و پایین آوردن فشار خون با مهارتهای بازخوردی می‌باشد.

آگاهی از بعد عاطفی در هنگام برنامه‌ریزی مراقبتی برای سارا گیلبرت دانشجوی سال اول دانشکده که در شروع فصل شرح داده شد، حائز اهمیت می‌باشد. پرستار لازم است نحوهٔ پاسخگویی وی را به تنش و اضطراب بررسی کند.

بعد ذهنی (بعد هوشی)

بعد هوشی توانایی‌های شناختی، سوابق آموزشی و تجربیات گذشته را در بر می‌گیرد. اینها روی پاسخ‌های یک بیمار نسبت به آموزش در مورد سلامتی و واکنشهای وی در برابر مراقبت پرستاری در طی بیماری تأثیر می‌گذارند. همچنین آنها نقش عمده‌ای را در رفتارهای بهداشتی بازی می‌کنند. مثالهایی از موقعیتهایی که این بعد را شامل می‌شوند عبارتند از یک دانشجوی جوان مبتلا به دیابت که دارای یک رژیم دیابتی است، اما همچنان به نوشیدن آشامیدنی‌های الکلی و مضر ادامه داده و هفته‌ای چند بار با دوستانش پیتزا می‌خورد، و آقای میانسالی که بعد از بروز اثرات نامطلوب داروهای پایین آورندهٔ فشار خون خود، مصرف آنها را رها می‌کند.

بعد محیطی

محیط دارای اثرات متعددی روی سلامت و بیماری است. مسکن، اصول حفظ صحه، آب و هوا، آلودگی هوا، غذا و آب عناصری در بعد محیطی هستند. مثالهای چندی از علل محیطی بیماری و مرگ و میر در سالمندان ناشی از گرما و سرمای ناکافی، افزایش شیوع آسم و مشکلات تنفسی در شهرهای بزرگ بعلت تراکم دود، و افزایش شیوع سرطان پوست در افرادی که در نواحی گرمسیر و با آفتاب زیاد درد نیاز زندگی می‌کنند، وجود دارد.

بعد اجتماعی و فرهنگی

اعمال و باورهای بهداشتی قویاً تحت تأثیر سطح اقتصادی، روش زندگی، خانواده و فرهنگ یک فرد قرار می‌گیرند. به طور کلی گروه‌های کم در آمد تا حد کمتری در صدد استفاده از مراقبت‌های پزشکی به منظور جلوگیری از ابتلا به بیماریها بر می‌آیند، و گروههای پردرآمد نیز نسبت به عادات و بیماریهای مرتبط با نقش‌ها و فشارهای روحی و روانی مستعدترند. خانواده و فرهنگی که فرد به آن تعلق دارد، روی الگوها و ارزشهای مربوط به سلامت و بیماری تأثیر می‌گذارند که اغلب چنین الگوهایی غیر قابل تغییرند. همه این عوامل در مراقبت فردی، الگوهای خوردن، روشهای زندگی و ثبات عاطفی جای می‌گیرند. مثال‌هایی از عوامل فرهنگی ـ اجتماعی که روی سلامت و بیماری مؤثرند عبارتند از: نوجوانی که والدین وی سیگار می‌کشند و مشروب می‌نوشند، خود وی نیز سیگار کشیدن و نوشیدن مشروب را اشتباه نمی‌پندارد، والدین نوزادی که بعلت در اختیار نداشتن هرگونه بیمه سلامتی درصدد کسب توجهات پزشکی از وی بر نمی‌آیند، یکی از والدین مجرد، که دارای پسر کوچکی است، از وی سوء استفاده جسمی می‌کند، و یک فرد آسیایی‌تبار، که برای درمان یک بیماری از داروهای گیاهی و طب سوزنی استفاده می‌کند.

بعد مذهبی و اخلاقی

اعتقادات و ارزشهای مذهبی و اخلاقی اجزاء مهم رفتارهای فرد در حالت سلامت و بیماری هستند (به فصل ۳۶ مراجعه کنید)، توجه به این ارزشها و درک اهمیت آنها برای خود بیمار از سوی پرستار حائز اهمیت است. مثال‌هایی از تأثیر بعد مذهبی و اخلاقی روی نحوهٔ مراقبت بهداشتی شامل موارد بعدی است: کاتولیک‌های رومی؛ انجام غسل تعمید را هم برای نوزادان زنده و هم آنها که سقط شده‌اند ضروری می‌دانند، طبق قوانین مربوط به طبخ ارتودکس‌ها و کلیمی‌های (یهودی‌های) محافظه‌کار، خوردن گوشت خوک و صدف ماهی حرام است، و هواداران یهوه مخالف تزریق خون هستند.

جدول ۲ـ۴. ابعاد انسانی و نیازهای اساسی بشر

	نیازهای اساسی بشر	مثال‌ها
بعد جسمی	نیازهای فیزیولوژیک	تنفس کردن جریان خون درجه حرارت خوردن غذا و مایعات دفع مواد زائد حرکت نمودن
بعد محیطی	نیازهای ایمنی و امنیت	داشتن سرپناه و منزل جامعه/همجواری و همسایگی اقلیم و آب و هوا
بعد فرهنگی ـ اجتماعی	نیازهای عشق و تعلق داشتن	برقراری رابطه با دیگران برقراری روابط با سایر سیستم‌های حمایتی قسمتی از یک جامعه بودن احساس مورد توجه و علاقه قرار گرفتن از سوی دیگران
بعد عاطفی	نیازهای اعتماد به نفس	ترس اندوهگینی (غمگین بودن) تنهایی خوشحالی پذیرش خود
بعد مذهبی ـ اخلاقی (معنوی)	نیازهای مربوط به تعالی نفس	تفکر کردن یادگیری تصمیم‌گیری ارزشها کمک کردن به دیگران اجرا کردن تکمیل کردن

نیازهای اساسی بشر

یک نیاز چیزی است که برای سلامت فیزیولوژیکی، عاطفی، و بقاء انسانها ضرورت دارد. نیازهای اساسی بشر در همه افراد ضروری و مشترک هستند. فردی که نیازهایش برآورده می‌شود به عنوان فرد سالم شناخته می‌شود و آن که یکی یا تعداد بیشتری از نیازهایش برآورده نشود، در خطر زیادی برای بیماری قرار می‌گیرد. نیازها یک بخش ضروری از ابعاد انسانی هر فرد می‌باشد که در جدول ۲ـ۴ نشان داده شده است.

مفهوم خود

متغیر دیگری که روی سلامت و بیماری تأثیر می‌گذارد، مفهوم خود است که از چگونگی احساس فرد در مورد خودش (اعتماد به نفس) و طریقی که فرد خود فیزیکی‌اش را درک می‌کند (شکل ذهنی از خویش) تشکیل می‌گردد. مفهوم خود دارای دو جنبه جسمی و عاطفی بوده و در روشی که فرد با تنش‌ها و بیماری مقابله نموده و تداوم اعمال بهداشتی مراقبت از خود، و تشریک مساعی با دیگران عامل مهمی است.

برای مثال به سارا گیلبرت، دانشجوی ورودی جدید دانشکده که مشکوک به اختلال خوردن است را مورد توجه قرار دهید. گرچه وی یک کاهش وزن مهمی دارد، با این همه بیان می‌دارد که سالم است، در صورتی که تغییر حالت کاملاً در وی مشاهده می‌شود.

برعکس، فردی که در حال افزایش وزن است ممکن است احساس کند که تغییری در وی حاصل نخواهد شد و همانند قبل بنظر می‌رسد و بنابراین از پیگیری یک رژیم غذایی و برنامه ورزشی امتناع نماید.

یک مفهوم خود فرد حاصل انواعی از تجارب گذشته، تعاملات بین فردی، تأثیرات جسمی و فرهنگی، و آموزشی است، و شامل ادراکات فرد از نقاط ضعف و قدرت خویش نیز می‌گردد. مفهوم خود یک فرد همانگونه که روی نقش‌ها، استقلال و روابط با افراد نزدیک و مهم تأثیر می‌گذارند، با روند ناخوشی و بیماری تغییر می‌یابد.

مراقبت پرستاری برای ارتقاء سلامتی و پیشگیری از بیماری

تمرکز جاری مراقبت بهداشتی در سطوح ناحیه‌ای، ایالتی، ملی و جهانی پیشگیری از بیماری و ناخوشی است. این تاکیدات در پرستاری حائز اهمیت می‌باشد. در فصل ۱ اطلاعاتی در مورد «مردم سالم در ۲۰۱۰» به عنوان یک بحث ملی جهت ارتقاء سلامت ارایه گردیده است. در فصول ۲ و ۸، مداخلات پرستاری جهت ارتقاء سلامت در جامعه مورد بحث قرار گرفته است. در فصول ۱۹ و ۲۰ نیز غربالگری‌های توصیه شده، ایمن‌سازی و اقدامات ایمنی در طول زندگی مورد بحث قرار می‌گیرد. این بخش پیرامون سطوح مراقبت‌های پیشگیری کننده و چگونگی نقش پرستاران در الگوسازی برای کسب سلامت بحث می‌کند.

سطوح مراقبت پیشگیری کننده

لی‌ول و کلارک[1] (۱۹۶۵) سطوح مراقبت پیشگیری کننده را شرح داده‌اند که در زیر خلاصه شده‌اند. مثالهایی از فعالیتهای پرستاری برای هر سطح در زیر مورد بحث قرار گرفته و در جدول ۳ـ۴ فهرست گردیده است.

1- Leavell and Clark

جدول ۳ـ۴. مثالهایی از فعالیتهای پرستاری در سطوح مراقبت‌های پیشگیری کننده

سطح	عنوان
پیشگیری اولیه	رژیم غذایی
	ورزش
	سیگار کشیدن
	نوشیدن الکل
	داروها
	ایمن نگه داشتن
	بستن کمربند ایمنی و صندلی ایمنی کودک در اتومبیل
	ایمن‌سازی
	آب درمانی
	انجام اعمال جنسی ایمن
	والدینی
پیشگیری ثانویه	غربالگری؛ فشار خون، کلسترول، گلوکوم (آب سیاه)
	HIV، سرطان پوست
	پاپ اسمیر
	ماموگرافی
	معاینات بیضه‌ها
	مشاوره خانوادگی
	داروها
پیشگیری ثالثیه	دارودرمانی
	درمان جراحی
	نوتوانی
	فیزیوتراپی
	کار درمانی
	آموزش حرفه‌ای

مراقبت پیشگیری کننده سطح اول (اولیه)

مراقبت پیشگیری کننده اولیه در راستای ارتقاء سلامتی و پیشگیری از پیشرفت فرآیند بیماری جهت می‌یابد. بررسی‌های عوامل خطرساز سلامتی یک بخش مهم از مراقبت پیشگیری کنندهٔ اولیه است. یک بررسی عوامل خطرساز سلامتی، یک ارزیابی از کل فرد می‌باشد. تصویر فردی حاصل از این بررسی دال بر نواحی خطرساز برای ایجاد بیماری یا آسیب و همین‌طور مناطق حمایت کننده از سلامتی است. انواع مختلفی از فرمها برای انجام بررسی مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما به طور کلی در همهٔ آنها روش زندگی و رفتارهای بهداشتی مورد تأکید قرار گرفته است. «ارتقاء سلامت ۱ـ۴» حاوی مثالی از بررسی عوامل خطرساز سلامتی است که توسط بیمار تکمیل گردیده است.

فعالیت‌های پرستاری در پیشگیری سطح اول روی افراد یا گروهها تاکید می‌ورزد. فعالیتها روی ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری یا آسیب تمرکز می‌یابد. مثال‌های فعالیت‌های سطح اول عبارتند از: ایمن‌سازی، برنامه‌ریزی خدمات خانواده، آموزش نحوهٔ خودآزمایی پستان، اطلاع‌رسانی در مورد کنترل سموم و آموزش در مورد پیشگیری از حوادث. مثال‌هایی از اعمال روش زندگی توصیه شده که سلامت را حفظ می‌کند در ارتقاء سلامت ۱ـ۴ لیست شده است.

مراقبت پیشگیری کننده ثانویه (سطح دوم)

مراقبت پیشگیری کننده ثانویه روی تشخیص زودرس و به موقع بیماری، مداخلهٔ سریع و حفظ سلامتی برای بیمارانی که مشکلات بهداشتی و سلامتی را تجربه می‌کنند، متمرکز می‌شود. هدف از مراقبت پیشگیری کننده ثانویه، مقابله با کاهش شدت بیماری یا فراهم ساختن بهبودی است. مثال‌هایی از فعالیتهایی در این سطح شامل انجام اقدامات مستقل پرستاری (مثلاً ارایه مراقبت از زخم، دادن داروها، یا ورزشهای دست و پاها)، بررسی کودکان از نظر رشد و تکامل طبیعی، و تشویق افراد به دریافت منظم خدمات پزشکی و غربالگری دندانی و ارایه مراقبت به آنان می‌باشد.

دانیال استرمن، مرد جوان مبتلا به اسکیزوفرنی را مدنظر قرار دهید. مراقبت پیشگیری کننده ثانویه شامل تجویز داروها برای کنترل علائم اسکیزوفرنی و روشهای روان درمانی مناسب می‌باشد.

مراقبت پیشگیری کننده ثالثیه (سطح سوم)

مراقبت پیشگیری کننده ثالثیه بعد از تشخیص و درمان یک بیماری، برای کاهش ناتوانی و کمک به بیماران جهت حفظ حداکثر سطح عملکرد آغاز می‌گردد. فعالیتهای پرستاری در سطح سوم شامل آموزش یک بیمار مبتلا به دیابت در مورد چگونگی شناخت و پیشگیری از عوارض، کاربرد فیزیوتراپی برای پیشگیری از انقباض و کوتاهی عضلات در بیماری که یک سکته مغزی یا آسیب طناب نخاعی داشته، و ارجاع دادن یک خانم به دنبال برداشتن پستان بعلت سرطان به یک گروه حمایتی است. پرستاران در کنترل واکنشهای بیمار به درمان تجویز شده و ارایه خدمات به بیماران جهت تسهیل بهبودی یا پیشبرد کیفیت زندگی در حالی که با اثرات یک بیماری یا جراحت زندگی می‌کنند نقش مهمی دارند.

یک خود آزمون روش بهداشتی ارتقاء سلامت ۱ـ۴

همهٔ ما خواهان سلامت خوب هستیم ولی در بسیاری موارد نمی‌دانیم که تا حد امکان چگونه سالم بمانیم. در حال حاضر کارشناسان بهداشتی، روش زندگی را به عنوان مهمترین عامل مؤثر در سلامت شرح می‌دهند. در واقع، برآورد نموده‌اند که ۱۰ـ۷ علت منتهی به مرگ را می‌توان از طریق ایجاد تغییراتی در روش زندگی کاهش داد. موارد فوق در این آزمون مختصر که توسط سرویس بهداشت عمومی توسعه یافته، در نظر گرفته شده است. هدفش آن است که به سادگی بگوید چه کارهایی را برای سالم ماندن انجام دهید. رفتارهایی که در این آزمون مطرح شده، برای اکثر آمریکایی‌ها توصیه گردیده است. برخی از آنها را شاید نتوان برای افراد مبتلا به بیماریهای مزمن خاص یا معلولیت‌ها، یا خانم‌های باردار به کار برد. احتمالاً افراد یاد شده، به آموزشهای خاصی از سوی پزشکشان نیاز دارند.

استعمال دخانیات

چنانچه شما تا به حال دخانیات استفاده نکرده‌اید به خودتان نمرهٔ ۱۰ بدهید و به بخش بعدی در مورد الکل و دارو بروید.

	تقریباً هرگز	گاهی‌اوقات	تقریباً همیشه
۱ـ من از سیگار کشیدن امتناع می‌کنم.	۰	۱	۲
۲ـ من فقط سیگارهای کم دود و با نیکوتین کم مصرف می‌کنم یا از پیپ و چوب سیگار استفاده می‌نمایم.	۰	۱	۲

نمره الکل و داروها..................

الکل و داروها

	تقریباً هرگز	گاهی‌اوقات	تقریباً همیشه
۱ـ من از خوردن نوشیدنی‌های الکلی اجتناب می‌کنم و یا بیشتر از یک یا دو بار در روز نمی‌نوشم.	۰	۱	۲
۲ـ من از مصرف الکل یا داروها (بویژه داروهای غیرقانونی) به عنوان روشی برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌آور یا مشکلات موجود در زندگی‌ام امتناع می‌کنم.	۰	۱	۲
۳ـ من دقت می‌نمایم که درهنگام مصرف داروهای خاص(مثلاً داروهای خواب‌آور، ضددرد،سرماخوردگی، و ضد حساسیت‌ها) یا وقتی که حامله هستم الکل نخورم.	۰	۱	۲
۴ـ من برچسب‌های روی داروهای تجویز شده و با نسخه و همین طور داروهای بی‌نسخه را می‌خوانم و توصیه‌های روی آنها را پیگیری می‌کنم.	۰	۱	۲

نمره الکل و داروها..................

عادات مربوط به خوردن

	تقریباً هرگز	گاهی‌اوقات	تقریباً همیشه
۱ـ من انواع مختلف موادغذایی مثلاً میوه‌ها و سبزیجات، حبوبات، نان، غلات،گوشت، خشکبار، لبنیات، گردو و مغزها را مصرف می‌کنم.	۰	۱	۲
۲ـ من مقدار چربی، چربی اشباع شده، و کلسترولی را که می‌خورم محدود می‌کنم (از جمله چربی موجود در گوشت، تخم‌مرغ، کره، کرم‌ها و گوشت احشایی مثلاً جگر).	۰	۱	۲
۳ـ من مقدار نمکی راکه می‌خورم باکم‌ریختن نمک در غذا هنگام آشپزی نگذاردن نمکدان روی میز، و اجتناب از مصرف نمک در هنگام خوردن میان وعده‌ها محدود می‌نمایم.	۰	۱	۲
۴ـ من از خوردن خیلی زیاد قند امتناع می‌نمایم (به ویژه در هنگام خوردن میان وعده‌ها یا همراه با نوشیدنی‌ها)	۰	۱	۲

ورزش و سرگرمی‌ها

	تقریباً هرگز	گاهی‌اوقات	تقریباً همیشه
۱ـ من وزن مطلوب را حفظ می‌کنم و از افزایش وزن زیاد و کاهش وزن زیاد اجتناب می‌کنم.	۰	۱	۲
۲ـ من ورزشهای سنگین را به مدت ۳۰ـ۱۵ دقیقه برای حداقل ۳ بار در هفته انجام می‌دهم (مثالها شامل دویدن، شنا کردن، تند قدم زدن می‌شود).	۰	۱	۲
۳ـ من ورزشهایی راکه تونوسیته عضلات را افزایش می‌دهد برای حداقل ۳بار در هفته به مدت ۳۰ـ۱۵ دقیقه انجام می‌دهم (مثل ورزش یوگا).	۰	۱	۲
۴ـ من بخشی از فرصت‌هایم را صرف شرکت در فعالیتهای انفرادی، خانوادگی یا تیمی که سرگرم‌کننده هستند و میزان نشاط من را افزایش می‌دهد می‌کنم (مثلاً بولینگ، باغبانی، گلف و بیسبال).	۰	۱	۲

نمره ورزش و سرگرمیها..................

کنترل تقش استرس

	تقریباً هرگز	گاهی‌اوقات	تقریباً همیشه
۱ـ من دارای یک شغل یا سایر اموری که از آن لذت می‌برم هستم.	۰	۱	۲
۲ـ من به اسانی آرام شده و احساساتم را آزادانه ابراز می‌نمایم.	۰	۱	۲
۳ـ من موقعیت یا رویدادهایی راکه احتمالاً برای من استرس‌آور هستند را به موقع شناخته و برای آن آماده می‌شوم.	۰	۱	۲
۴ـ من دارای دوستان نزدیک، قوم و خویشان یاکسان دیگری هستم که می‌توانم در مورد موضوعات شخصی با آنها گفتگو نموده و در صورت لزوم برای گرفتن کمک با آنان تماس حاصل نمایم.	۰	۱	۲
۵ـ من در فعالیت های گروهی (مثلاًکلیسا یا سازمان‌های موجود در جامعه) شرکت نموده یا دارای سرگرمیهایی هستم که از آنها لذت می‌برم.	۰	۱	۲

نمره کنترل استرس‌ها..................

یک خود آزمون روش بهداشتی ارتقاء سلامت ۱ـ۴ (ادامه)

ایمنی	تقریباً هرگز	گاهی اوقات	تقریباً همیشه
۱ـ من در هنگام رانندگی کمربند ایمنی را می‌بندم.	۰	۱	۲
۲ـ من به دنبال مصرف الکل یا داروها رانندگی نمی‌کنم.	۰	۱	۲
۳ـ من قوانین رانندگی را رعایت نموده و با سرعت مجاز رانندگی می‌کنم.	۰	۱	۲
۴ـ من وقتی که با مواد یا وسایل خطرناک کار می‌کنم احتیاط‌های لازم را به کار می‌بندم (مثلاً شوینده‌های خانگی، سموم، وسایل الکتریکی).	۰	۱	۲
۵ـ من از سیگار کشیدن در بستر اجتناب می‌کنم.	۰	۱	۲

نمرهٔ ایمنی.................

میانگین نمرهٔ شما چقدر است؟

نمرهٔ ۹ و ۱۰

عالی! جواب‌های شما نشان می‌دهد که از اهمیت این قسمت برای سلامت خود، آگاهی دارید. به همین ترتیبی که شما عمل می‌کنید، به نظر می‌رسد که خطر جدی برای سلامت‌تان مطرح نباشد. این احتمال وجود دارد که شما یک نمونهٔ مناسبی از نظر پیگیری برای خانواده و دوستان خود باشید. چون شما از این قسمت آزمون نمرهٔ بالایی گرفته‌اید، ممکن است تمایل داشته باشید که نمرهٔ سایر بخشهایی را که باید پیشرفت کنید را نیز بدانید.

نمره‌های ۸ـ۶

اعمال بهداشتی شما در این قسمت خوب است، لکن خلائی برای پیشرفت وجود دارد. مجدداً عناوینی را که با «گاهی اوقات» یا «تقریباً هرگز» پاسخ داده‌اید، مشاهده کنید. چه تغییراتی برای توسعه نمره‌تان می‌توانید ایجاد کنید؟ حتی هر تغییر کوچکی که می‌تواند برای نائل شدن به سلامت بهتر به شما کمک کند.

نمرهٔ ۵ـ۳

نشانگر آن است که سلامت شما در خطر است. آیا تمایل به کسب اطلاعات بیشتری در مورد خطراتی که با آنها مواجه هستید و همین‌طور در مورد این که چرا ایجاد تغییر در این رفتارها اهمیت دارد می‌باشید؟ شاید شما برای تصمیم‌گیری در مورد نحوهٔ ایجاد تغییرات مطلوب نیاز به کمک داشته باشید. در این صورت کمک در دسترس می‌باشد.

نمرهٔ ۲ـ۰

بدیهی است که شما به اندازهٔ کافی به سلامت خود علاقمندید که این آزمون را انجام داده‌اید، اما جواب‌ها نشانگر آن است که با خطرات جدی در رابطه با سلامت‌تان روبرو هستید. شاید شما از خطرات و آنچه باید در مورد آنها انجام دهید آگاه نیستید. اگر شما بخواهید به آسانی می‌توانید اطلاعاتی کسب نموده و کمک لازم برای پیشرفت را به خودتان بنمائید. مرحلهٔ بعدی شما را آماده می‌کند.

رفتارهای خود مراقبتی توصیه شده:

شروع به پرسیدن سؤالات صریحی از خود بنمایید. آیا من واقعاً همهٔ آن کارهایی را که می‌توانم تا حد امکان برای سلامت ماندن خودم انجام می‌دهم؟ برای آن که احساس بهتری پیدا کنم، چه گام‌های دیگری می‌توانم بردارم؟ آیا من همان که می‌خواهم باشم هستم؟ اگر نمرهٔ شما در یک یا چند بخش پایین است، در مورد تغییراتی که برای حاصل شدن پیشرفت می‌خواهید انجام دهید تصمیم‌گیری نمائید. شما باید ابعادی از روش زندگیتان را که احساس می‌کنید بیشترین شانس موفقیت را دارد انتخاب نموده و درمرحلهٔ اول آن را انجام دهید، چنانچه نمره‌تان پیشرفت نمودبه بخش دیگر بروید.

اعمال مربوط به روش زندگی که سبب ارتقاء سلامت می‌گردد:

- خواب منظم، ۸ـ۷ ساعت در شب
- خوردن وعده‌های غذایی منظم که شامل گروههای غذایی توصیه شده باشد.
- حفظ وزن ایده‌آل
- داشتن برنامهٔ ورزشی منظم
- عدم مصرف الکل
- عدم استعمال دخانیات
- حفظ بهداشت روانی مثبت و مفهوم خود
- انجام روابط جنسی سالم و ایمن
- بستن کمربند ایمنی در هنگام رانندگی، استفاده از صندلی مخصوص کودکان در اتومبیل، و پوشیدن کلاه ایمنی با نقاب مخصوص در هنگام دوچرخه و موتور سواری
- داشتن برنامه‌های غربالگری توصیه شده و انجام معاینات کنترلی توسط ارایه‌دهندگان مراقبت بهداشتی مراکز بالینی و دندانپزشکی

اگر شما تاکنون سعی در ایجاد تغییراتی در عادات بهداشتی‌اتان نموده‌اید (مثلاً ترک سیگار، یا برقراری ورزش منظم) لکن هنوز موفق نشده‌اید دلسرد نشوید. مشکلی که با آن روبرو هستید، ممکن است به علت تأثیراتی که حقیقتاً هرگز به آن فکر نکرده‌اید مثلاً تبلیغات یا کمبود منابع حمایتی و تشویق باشد. درک این تأثیرات قدم مهمی به سوی تغییر دادن روشهایی است که شما را درگیر می‌نماید. این کمک در دسترس می‌باشد. علاوه بر اعمال فردی که خودتان می‌توانید انجام دهید، برنامه‌های گروهی و موجود در جامعه هم وجود دارد که می‌تواند به شما و افراد خانواده‌اتان برای ایجاد تغییراتی که می‌خواهید، کمک‌کننده باشد. چنانچه شما می‌خواهید در مورد این گروه‌ها یاخطرات بهداشتی اطلاعات بیشتری کسب نمائید، با بخش بهداشت منطقه‌تان تماس بگیرید، چیزهای زیادی وجود داد که شما می‌توانید انجام دهید تا این که سلامت بمانید یا سلامت خود را توسعه دهید و سازمانهایی وجود دارد که می‌تواند به شما در این رابطه کمک کند. همین امروز روش زندگی بهداشتی جدیدی را شروع نمائید.

به عقب برگردید و به سارا گیلبرت دانشجوی تازه وارد دانشکده که مشکوک به اختلال خوردن می‌باشد فکر کنید. پرستار با ارجاع بیمار به یک گروه حمایت کننده از مبتلایان به اختلالات خوردن مراقبت پیشگیری کننده سطح سوم را به کار می‌برد. برای روت جاکوب، خانمی که بعد از یک سکته مغزی خفیف در حال ترخیص از بیمارستان می‌باشد، مراقبت پیشگیری کننده سطح سوم شامل آموزش وی در مورد علائم و نشانه‌های هشدار دهندهٔ یک سکته مغزی شدید و در مورد اقداماتی برای کاهش خطر سکته مغزی شدید است.

پرستاران به عنوان الگوهای سلامتی

پرستاران باید در درجهٔ اول مراقب سلامت خود باشند تا بتوانند به نحو مؤثری از دیگران مراقبت پرستاری به عمل آورند. رعایت خوب بهداشت فردی نه تنها پرستاران را قادر به انجام مؤثرتر اعمال خود می‌نماید، بلکه می‌توانند به عنوان الگوی سلامتی برای بیماران و افراد خانواده‌شان انجام وظیفه کنند. پرستاران می‌توانند با الگو قراردادن رفتارهای متعددی که برای بهبودی و رفاه بیماران مهم می‌باشند به آنان در کسب رفتارهای جدید کمک نمایند.

برای پرستاران در صورتی که نیازهای خودشان برآورده نشود، توجه صادقانه نمودن به نیازهای بیماران مشکل است. چون هیچ کس دائماً به طور کامل در سلامت بسر نمی‌برد. صرف زمانی برای شناخت خود از سوی پرستاران، ضمن آماده شدن برای انجام اعمال حرفه‌ای خود دارای اهمیت می‌باشد. با این خودشناسی باید برای انجام فعالانه اعمال بهداشتی یک حالت سرسپردگی کامل ایجاد شود. برای کمک به افزایش خودشناسی خودتان، خودآزمون زندگی بهداشتی در ارتقاء سلامت ۱ـ۴ را تکمیل نمائید. همان‌گونه که شما با بیماران خود برای ارایه مراقبت مستقیم کار می‌کنید، این خودآزمون را می‌توانید برای کمک به آنان به منظور فراگیری یک روش بهداشتی جدید به کار ببرید.

در سرتاسر این کتاب، راهنماهای مربوط به ارتقاء سلامت که برای شما و بیمارانتان هر دو مؤثر می‌باشد در جداول مربوطه آورده شده است. این راهنماها برای بررسی و تعیین نقاط قوت و خطرات مربوط به سلامت به کار می‌رود. همچنین از این راهنماها می‌توان به عنوان اساسی برای آموزش مراقبت از خود به بیماران استفاده نمود.

■ توسعه مهارتهای تفکر انتقادی

۱ـ خانواده‌ای که یکی از اعضاء آن مبتلا به یک بیماری مزمن می‌باشد را شناسایی کنید با اکثریت اعضا خانواده تا حد امکان مصاحبه نموده و در مورد اثرات بیماری روی آنها بحث نمائید. آیا شما اثرات بیماری را در رابطه با سن بیمار، نوع بیماری (مثلاً ایدز در مقابل سرطان) جنس و نقش خانوادگی مشاهده می‌کنید؟

۲ـ شش بعد انسانی را که در این فصل شرح داده شد را فهرست نموده و نقاط ضعف و قدرت خود را در هر بخش تعیین کنید. به طور مثال شما ممکن است یک استعداد ژنتیکی ارثی برای چاقی داشته باشید (یک ضعف) اما با رژیم غذایی و ورزش، وزن خود را کنترل می‌کنید (یک نقطه قدرت). پس از مورد توجه قرار دادن نقاط ضعف و قدرت خود، یک طرح فوری جهت ارتقاء سلامتی توسعه دهید.



■ تمرین برای NCLEX

۱ـ کدامیک از عبارات زیر در مورد سلامت و بیماری صحیح است؟

الف) سلامت و بیماری برای همهٔ افراد یکسان است.
ب) سلامت و بیماری توسط هر فردی به طور انفرادی تعریف می‌شود.
ج) افراد مبتلا به بیماریهای حاد، در واقع سلامت هستند.
د) افراد مبتلا به بیماریهای مزمن، دارای باورهای بهداشتی ضعیفی هستند.

۲ـ کدامیک از واژه‌های زیر به عنوان تعریفی از یک بیماری می‌باشند؟

الف) افزایش حجم مایعات
ب) آرتریت روماتوئید (التهاب مفاصل)
ج) خطر ابتلا به عفونت
د) تغییر در تصویر ذهنی از بدن

۳ـ آلان[1] همسایهٔ شما، از شما می‌خواهد به وی کمک کنید زیرا که تب بالایی دارد و احساس ضعف و ناتوانی شدید دارد و نمی‌تواند سرکار برود. آلان کدامیک از مراحل بیماری زیر را نشان می‌دهد؟

الف) تجربهٔ علائم
ب) قبول یک نقش وابسته
ج) قبول نقش بیمار
د) نائل شدن به بهبودی و نوتوانی

1- Alan

۴ـ کدامیک از موارد زیر از مشخصه‌های قسمتی از یک بیماری مزمن نمی‌باشد؟

الف) تغییر دائمی در ساختار یا عملکرد بدن
ب) خوددرمانی که علائم را تسکین می‌دهد.
ج) دورهٔ طولانی مدتی از درمان و مراقبت
د) اغلب دارای دوره‌های تسکین و عود می‌باشد.

۵ـ الگوی عامل ـ میزبان ـ محیط سلامت و بیماری براساس کدامیک از مفاهیم زیر است؟

الف) عوامل خطرساز
ب) رفتارهای ارتقاء سلامت
ج) بیماریهای عفونی
د) مراحل بیماری

۶ـ در دو مدل تداوم بیماری ـ سلامتی و رفاه سطح بالا چه موردی نشان داده می‌شود؟

الف) بیماری به عنوان یک نقطه ثابت در زمان
ب) اهمیت خانواده
ج) رفاه و بهبودی به عنوان یک حالت مثبت
د) سلامت به عنوان یک حالت در حال تغییر دائمی

۷ـ جان[1] بعد از تولد اولین کودکش و پس از مطالعه در مورد اثرات طولانی‌مدت نیکوتین، تصمیم به قطع سیگار کشیدن می‌گیرد. این تغییر رفتار بر اساس درک جان از همه موارد زیر به جز یک مورد است کدام مورد زیر صحیح نمی‌باشد؟

الف) مستعد شدن وی به سرطان ریه
ب) این که سرطان ریه تا چه حد می‌تواند جدی باشد.
ج) این که ترک سیگار می‌تواند چه مزایایی داشته باشد.
د) انتخاب فردی و عوامل اقتصادی

۸ـ بر طبق بعد جسمانی انسانی، کدامیک از بیماران بالینی زیر به احتمال زیاد بیشترین معاینات سالانه پستان و ماموگرافی را دارند؟

الف) جین[2]، زیرا بهترین دوستش یک تودهٔ خوش‌خیم پستان داشته که برداشته شده است.
ب) سارا[3] که در یک منطقه کم درآمد زندگی می‌کند.
ج) تریسیا[4] که دارای یک تاریخچه خانوادگی از سرطان پستان می‌باشد.
د) نانسی[5] زیرا که خانواده‌اش او را به انجام معاینات فیزیکی منظم تشویق می‌کنند.

۹ـ شما به گروهی از والدین کودکان پیش دبستانی در مورد کنترل سموم در منزل آموزش می‌دهید. این فعالیت مثالی از کدام سطح مراقبت پیشگیری کننده است؟

الف) پایین‌ترین
ب) ثالثیه
ج) اولیه
د) ثانویه

۱۰ـ به عنوان یک پرستار راهنماهای زیر را برای یک روش زندگی سالم پیگیری می‌کنید. این راهنما چگونه سلامت را در دیگران ارتقاء می‌دهد؟

الف) با الگو شدن برای انجام رفتارهای سالم
ب) با عدم غیبت از محل کار به دنبال بیمار شدن
ج) با عدم تماس با دیگران به دنبال ابتلا به هر نوع بیماری
د) با عدم چاقی

■ پاسخنامه با دلایل

۱ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ب» است. هرفردی سلامت‌و بیماری را برای تعدادی از عوامل به طور فردی تعریف می‌کند.

۲ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است. آرتریت روماتوئید یک بیماری است، سایر پاسخ‌ها تشخیص‌های پرستاری هستند که بصورت بالقوه یا واقعی در پاسخ به یک بیماری تشخیص داده می‌شوند.

۳ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ب» است. وقتی که افراد نقش بیمار را می‌پذیرند، خودشان را به عنوان بیمار تعریف می‌کنند، در صدد تصدیق این تجربه نزد دیگران بر می‌آیند و فعالیتهای معمول خود را رها می‌کنند.

۴ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ب» است. اغلب بیماریهای حاد برای تسکین علائم خود درمانی می‌شوند.

۵ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «الف» است. تعامل عامل ـ میزبان ـ محیط عوامل خطرساز را ایجاد می‌کنند که احتمال بیماری را افزایش می‌دهند.

۶ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «د» است. در هر دو این مدلها سلامتی به صورت پویا (حالت در حال تغییر مداوم) در نظر گرفته می‌شود.

۷ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «د» است. پاسخ‌های الف، ب و ج اجزاء مدل اعتقاد سلامتی هستند.

۸ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است. یک تاریخچه خانوادگی از سرطان پستان یک عامل خطرساز بزرگ است.

۹ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است. آموزش کنترل سموم در خانه مثالی از مراقبت پیشگیری کننده اولیه است.

۱۰ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «الف» است. بهداشت فردی خوب پرستار را به صورت یک الگو برای بیماران و خانواده‌ها در می‌آورد.

1- John
2- Jane
3- Sarah
4- Tricia
5- Nancy

فصل

۶

ارزشها و اصول اخلاقی در پرستاری و حمایت از بیمار

نیره براهیمی



چن‌گویوژانک (Chengyu zhang)، مرد ۳۵ ساله‌ای است که در بخش مراقبت‌های ویژه بستری می‌باشد. وی هوشیار بوده و مرتب درخواست می‌کند تا دستگاه ونتیلاتور را قطع کنند. چن‌گویو می‌داند که بدون دستگاه ونتیلاتور به احتمال زیاد قادر به تنفس نخواهد بود. وی برروی تختهٔ مخصوص برقراری ارتباط می‌نویسد: «اگر قرار است بمیرم، خوب می‌میرم چون دیگر نمی‌توانم این گونه به زندگی ادامه دهم.»



ماریسا ساندوال (Marissa sandoval) زن ۴۴ ساله‌ای است که اخیراً برای درمان سرطان رحم تحت عمل جراحی وسیعی قرار گرفته و در حال حاضر ازچندین عارضهٔ جدی پس از عمل رنج می‌برد. وی می‌گوید: «علت این همه اتفاقی که افتاده نمی‌دانم. من و خانواده‌ام مرتب از پزشکان سؤال کرده‌ایم اما آنها پاسخی به ما ندادند. ما فقط می‌خواهیم بدانیم چه اتفاقی افتاده است.» پرستار وقتی می‌بیند جراح نه تنها به سؤالات ماریسا پاسخ نداده بلکه ترس او را نیز بدون ارایهٔ توضیحی نادیده گرفته است بسیار متعجب می‌شود.



ویلیام راینز، مرد ۶۵ سالهٔ فقیر و بی‌خانمانی است که با تشخیص اسکیزوفرنی، تأخیر در روند تکامل و فشار خون کنترل نشده در بیمارستان بستری شده تا فشار خون نسبتاً شدید وی تحت کنترل قرار گیرد. مطالعهٔ پروندهٔ پزشکی آقای راینز نشان می‌دهد وی از نمایندهٔ داروخانه در درمانگاه داروهایی برای کنترل فشار خون دریافت می‌کرده اما به دلیل تغییرات جدید در خط مشی مؤسسه، دریافت دارو از تقریباً ۴ هفتهٔ پیش قطع شده است. هم اکنون آقای راینز با چندین نسخهٔ دارویی در حال ترخیص است ولی قدرت خرید آنها را ندارد.

❖ تمرکز بر مهارتهای ترکیبی

انواع مهارتهای تلفیقی مورد نیاز برای پاسخگویی به نمونه‌های مطرح شده در این فصل عبارتند از:

مهارتهای شناختی

- آگاهی نسبت به نحوهٔ تأثیرگذاری ارزشها بر رفتار
- توانایی شناسایی عوامل تأثیرگذار بر شکل‌گیری و تکامل ارزشها، عواملی مثل فرهنگ و محیط
- توانایی استفاده از دانش مربوط به انتقال ارزشها، تشخیص ارزشها، تئوری‌های اخلاقی، اصول و ضوابط اخلاق حرفه‌ای و استانداردهای اخلاقی حرفهٔ پرستاری هنگام تدوین طرح مراقبتی از مددجو.
- آگاهی از منشور حقوق شهروندان و اصول اخلاقی مربوط به روابط میان بیمار و پرستار
- توانایی تلفیق اصول اخلاقی و استفاده از چارچوب اخلاقی و فرایند تصمیم‌گیری برای حل مشکلات اخلاقی

مهارتهای تکنیکی

- توانایی نظام بخشیدن به کنش‌های اخلاقی به منظور تأمین کمک‌های تکنیکی پرستاری جهت رفع نیازهای بیماران
- توانایی استفادهٔ صحیح از وسایل و تجهیزات، همچنین به کارگیری پروتکل‌های ضروری جهت حمایت از بیمار و پرداختن به مشکلات اخلاقی

مهارتهای بین فردی

- توانایی برقراری ارتباط حرفه‌ای توأم با احترام متقابل، هم با بیماران و هم با همکاران، ارتباطی که در آن به تفاوت میان ارزش‌ها احترام گذاشته شده و بر شأن و اعتبار افراد افزوده شود.
- توانایی احترام گذاشتن به خود مختاری و استقلال فردی بیمار در طول مدتی که پرستار ارتباط خود را با بیمار حفظ می‌کند.
- توانایی حمایت از بیمارانی که اولویت هایشان ممکن است با اولویتهای فردی ما تفاوت داشته باشد.

مهارتهای اخلاقی و قانونی

- توانایی استفاده از تکنیک‌های تشخیص ارزشها در فعالیت‌های عملی حرفهٔ پرستاری
- توانایی جلوگیری از پیدایش تضادهای اخلاقی یا حل این تضادها، با به کارگیری اصول اخلاقی و استفادهٔ مناسب از مشاوره‌های اخلاقی و منابع دیگر
- توانایی ارایه خدمات پرستاری هماهنگ با اصول و ضوابط اخلاقی خاص این حرفه
- توانایی شناسایی مسائل اخلاقی و پاسخدهی مناسب به آنها در عمل.

❖ برآیندهای یادگیری

پس از مطالعهٔ این فصل، فراگیر باید قادر به انجام موارد زیر باشد:

۱ـ پنج روش معمول برای انتقال ارزشها را نام ببرد.
۲ـ هفت مرحلهٔ فرایند ارزش گذاری را شرح دهد.
۳ـ از راهکارهای تشخیص و تشریح ارزشها جهت فعالیت‌های بالینی استفاده کند.
۴ـ در حوزهٔ اصول اخلاقی زیستی به مقایسهٔ رویکردهای مبتنی بر اصول اخلاقی و رویکردهای مبتنی بر مراقبت بپردازد.
۵ـ فعالیت‌های پرستاری هماهنگ با نظام نامه‌های اخلاق در پرستاری را توضیح دهد.
۶ـ هدف از به کارگیری منشور حقوق شهروندی را برای پرستاران تحصیل کرده شرح دهد.
۷ـ مشکلات اخلاقی ایجاد شده حین انجام فعالیت‌های پرستاری را شناسایی کند.
۸ـ برای حل مشکلات اخلاقی، از چارچوب اخلاقی و فرایند تصمیم‌گیری استفاده نماید.
۹ـ چهار عملکرد کمیته‌های پیگیر مسائل اخلاقی سازمانی را نام ببرد.
۱۰ـ سه موضوع اختصاصی که نیازمند حمایت پرستاری می‌باشند را شرح دهد.

واژه‌های کلیدی

● حمایت	advocacy
● آزادی عمل	outonomy
● نیکوکاری	beneficence
● اصول اخلاقی زیستی	bioethics
● رویکرد مبتنی بر مراقبت	care-based approach
● اصول اخلاقی بالینی	clinical ethics
● وظیفه‌شناسی	deontologic
● کنش اخلاقی	ethical agency
● تنگناهای اخلاقی	ethical dilemma
● ناراحتی‌های اخلاقی	ethical distress
● اصول و ضوابط اخلاقی	ethics
● اصول اخلاقی حامی حقوق زنان	feminist ethics
● وفاداری	fidelity
● عدالت	justice
● اخلاقیات	morals
● عدم آسیب‌رسانی	nonmaleficence
● اصول اخلاقی پرستاری	nursing ethics
● اقتدارگرایی	paternalism
● رویکرد مبتنی‌بر اصول‌اخلاقی	principle-based approach
● سودگرا	utilitarian
● ارزش	value
● نظام ارزشها	value system
● تشریح ارزشها	value clarification

از جمله ویژگی‌های منحصربه‌فرد پرستاری آن است که جایگاه پرستاران در کنار سایر متخصصین و در داخل گروه آنها تعیین می‌شود تا بدین ترتیب بتوان جهت یافتن بهترین راه درمان آسیب‌دیدگی و بیماری، همچنین حل مشکلات مربوط به مراقبت بهداشتی، تصمیمات مهمی اتخاذ کرد. سؤالی که اغلب پرستاران با آن مواجهند این نیست که: «چگونه می‌توانم این کار را انجام دهم» بلکه «آیا باید این کار را انجام دهم» است. هرچه علوم و فن‌آوریهای جدید بیشتر بتوانند راههای انتخابی موجود برای بیماران و متخصصین مراقبت‌های بهداشتی را افزایش دهند، به همان نسبت پرستاران نیز بیشتر خود را با این سؤال مواجه می‌بینند که «ما می‌توانیم این کار را انجام دهیم اما لازم است برای این بیمار، همین جا و در همین زمان، این کار اجرا شود؟» «آیا متخصصین بخش مراقبت‌های ویژه باید همچنان آقای ژانک را متصل به دستگاه ونتیلاتور نگه دارند؟»

ناتوانی جامعه در ارایه مراقبت‌های کافی از اقشار آسیب‌پذیر نیز یکی دیگر از ناراحتی‌های فزایندهٔ پرستاران به شمار می‌آید. هیچ چیز برای پرستاران حرفه‌ای دردناک‌تر از مشاهدهٔ پیامدهای اولیهٔ عدم تأمین نیازهای مراقبتی بیماران نیست. وقتی پرستاران از بیماری مشابه آقای راینز مراقبت می‌کنند که قادر به تأمین هزینهٔ دارو و درمان مورد نیاز خود نیست، آنگاه به لحاظ اخلاقی خود را موظف به حمایت از بیمار احساس می‌کنند. کمبود پرستار نیز بر پیچیدگی و دشواریهای محیط کار پرستاران افزوده است و ضرورت وجود پرستارانی را مطرح می‌سازد که باید برای حمایت از ایمنی و تأمین نیازهای بیمار همچنین ارایه مراقبت‌های دارای کیفیت بالا از مهارت و کاردانی لازم برخوردار باشند. هیچ چیز برای پرستاران مهمتر از این نیست که ابعاد اخلاقی عملکردهای حرفه‌ای خود را بشناسند و به انجام عملکردهایی که به لحاظ قانونی حق بیمار است اطمینان داشته باشند چون قطعاً درست‌ترین کاری بوده که باید انجام می‌دادند. با لزوم پایبندی به اصول اخلاقی، پرستاران متوجه خواهند شد که علاوه بر مهارت در زمینه‌های عقلانی، تکنیکی و بین فردی باید در رابطه با اصول و ضوابط اخلاقی نیز از مهارت کافی برخوردار باشند.

علم اخلاق یا اخلاقیات سؤالاتی را در رابطه با این که چگونه باید عمل کرد و چگونه باید زندگی کرد مطرح می‌نماید. به عبارت دیگر نوعی پرس و جوی درونی جهت توجیه برخی اقدامات خاص بوده است (مثلاً آیا این اقدامات درست هستند یا نادرست؟) و یا کشف آن دسته از ویژگیها و خصائص اخلاقی است که سبب رشد و شکوفایی بیشتر انسان می‌گردند.

این فصل به بیان تأثیر ارزشها بر رفتار انسان پرداخته و جنبه‌های اخلاقی حرفهٔ پرستاری را بررسی می‌نماید. فصل ۱۱ مهارتها یا قابلیت‌های اخلاقی خاصی را که برای حرفهٔ پرستاری ضروری می‌باشند، تشریح می‌کند. پرستارانی که قادر به درک ارزشهای پذیرفته شده توسط بیمار و ارزشهای مورد نظر خود می‌باشند و بر همین مبنا روابط متقابل پرستار و بیمار را شکل می‌دهند، همچنین پرستارانی که حساسیت مداومی به جنبه‌های اخلاقی حرفهٔ پرستاری دارند، به بهترین نحو می‌توانند کیفیت خدمات ارایه شده را تضمین نمایند.

ارزشها

ارزش، نوعی اعتقاد به ارزشمند بودن چیزها است، یا اعتقاد به مسائلی می‌باشد که معیار و ملاک هدایت رفتار فرد به شمار می‌آیند. اگر به عقب برگردید و فکر کنید تعطیلات آخر هفتهٔ گذشته را چگونه گذرانده‌اید به مسائلی پیرامون ارزشهایی که به آن معتقدید دست خواهید یافت. مدت زمانی که صرف کار، مطالعه، روابط فامیلی، ورزشهای تناسب اندام و تفریح شده است، نشان‌دهندهٔ وجود اهمیتی (ارزشی) می‌باشد که موجب گردیده در جهت انجام فعالیت‌های مذکور تلاش و کوشش نمایید. به طور مشابه، هزینهٔ صرف شده در راستای انجام این فعالیت‌ها نیز ارزشمند بودن آنها را برای شما آشکار می‌سازد.

نظام ارزشها، در واقع ارزشهای سازماندهی شده است که در آن هر ارزش همراه با مسائل با اهمیت دیگر در یک ردیف قرار داده‌می‌شود، نظام ارزشها اغلب منجربه پیدایش اصول و ضوابط هدایتگر برای فرد خواهد شد. ارزشهایی که هر فرد به آن معتقد است، بر باورهای مربوط به نیازهای انسانی، سلامت و بیماری، انجام رفتارهای مبنی بر سلامت، و واکنش انسان در برابر بیماری تأثیر می‌گذارد. به عنوان مثال، افرادی که برای سلامتی و مسئولیت‌های فردی ارزش زیادی قائلند، اغلب سخت کار می‌کنند تا به اهداف مورد نظر خود دست یابند. در افرادی که برای فعالیت‌های تفریحی خطرناک ارزش قائلند، طبیعتاً زندگی و سلامتی از ارزش کمتری برخوردار است. پرستارانی که به نحوی مؤثر با بیمار کار می‌کنند، کسانی هستند که نسبت به نحوهٔ تأثیر ارزشهای بیمار و ارزشهای خودشان در برقراری روابط متقابل، حساس می‌باشند.

شکل‌گیری و تکامل ارزش‌ها

فرد با ارزشهایی که به آن معتقد است به دنیا نمی‌آید، بلکه ارزشها در طول زندگی با اطلاعاتی که وی از خانواده، محیط و فرهنگ بدست می‌آورد، شکل می‌گیرند. چن گویوژانگ، مرد ۳۲ سالهٔ بستری در بخش مراقبت‌های ویژه درخواست قطع دستگاه ونتیلاتور را دارد علیرغم این که می‌داند قطع دستگاه به منزلهٔ مرگ او خواهد بود. پرستار در چنین موقعیتی می‌تواند به گردآوری اطلاعات در مورد فرهنگ و خانوادهٔ بیمار بپردازد و مشخص سازد آنها بر ارزشی که بیمار برای استقلال فردی قایل است چه تأثیری دارند و در نهایت از همهٔ داده‌های بدست آمده به عنوان یکی از جنبه‌های مهم و کلیدی در برنامه‌ریزی طرح مراقبتی استفاده نماید.

کودکان با مشاهدهٔ آنچه که دیگران انجام می‌دهند، سریع یاد می‌گیرند که چه مسائلی برای اعضای خانواده ارزشمند بوده یا از ارزش کمی برخوردار است. اگر والدین بخش عمده‌ای از روز را صرف پختن غذا نمایند و خانواده نیز زمان زیادی را صرف خوردن غذا و صحبت سر میز غذا بنمایند، کودکان یاد می‌گیرند برای غذا ارزش قائل شوند و در واقع خوردن غذا اوقات خوشی برای آنها به شمار می‌آید و به همین ترتیب اگر کودکان هنگام کمک کردن به والدین، پدربزرگ و مادربزرگ و خواهر و برادر خود تشویق و تحسین شوند، یاد می‌گیرند که کمک کردن خوب است و خصلتی قابل احترام به شمار می‌آید. شیوه‌های معمول انتقال ارزش‌ها عبارتند از:

- سرمشق‌گیری[1]
- آموزش اخلاق[2]
- آزادگذاری[3]
- تنبیه و پاداش[4]
- انتخاب توام با احساس مسئولیت[5]

در روش سرمشق‌گیری، کودکان با مشاهدهٔ والدین، دوستان و بستگان نزدیک یاد می‌گیرند که چه چیزهایی ارزشمند است و چه چیزهایی از ارزش پایین برخوردار می‌باشد. بدین ترتیب روش مذکور باعث پیدایش رفتارهای اجتماعی قابل قبول و غیر قابل قبول می‌شود. کودکانی که مراقبین آنها از روش آموزش اخلاق برای انتقال ارزشها استفاده می‌کنند، نظام ارزشی کاملی را از سوی والدین و مراکزی نظیر کلیسا و مدرسه آموزش می‌بینند، این نظام ارزشی فرصت اندکی را جهت سنجش ارزشهای مختلف در اختیار کودکان قرار می‌دهد. در روش آزادگذاری، کودکان آزاد گذاشته می‌شوند تا خود ارزشها را کشف نمایند و نظام ارزشی فردی را شکل دهند (یعنی هیچ کسی نیست که مجموعه‌ای از ارزشها را در اختیار کودک قرار دهد و اظهار دارد که اینها در مورد همهٔ مسایل بهترین هستند). در این شیوه کودک به میزان کمی راهنمایی شده و یا اصلاً راهنمایی نمی‌شود که می‌تواند منجربه ایجاد سردرگمی و تعارض در وی گردد.

در روش تنبیه و پاداش، کودک به سبب انجام اعمال با ارزشی که والدین به آن معتقدند مورد تشویق قرار می‌گیرند و به دلیل انجام اعمالی که ارزش آنها مورد قبول والدین نیست تنبیه می‌شوند. در روش انتخاب توام با احساس مسئولیت، کودکان تشویق می‌شوند تا ارزشهای ضد و نقیض و متضاد را کشف نموده و به مقایسهٔ پیامدهای آنها بپردازند. در طول شکل‌گیری نظام ارزشی فردی نیز حمایت‌ها و راهنمایی‌های لازم به کودک ارایه می‌گردد.

1- Modeling
2- Moralizing
3- Laissez-faire
4- Rewarding & punishing
5- Responsible choice

عملکرد توام با تفکر: به چالش فراخواندن مهارتهای اخلاقی و قانونی

یکی از مشکلات اخلاقی معمولی که هم به عنوان دانشجو در حوزه‌های بالینی و هم به عنوان پرستار اکسترن در طول تابستان‌ها با آن مواجه می‌شدم کمبود اعتماد به نفس جهت حمایت از بیمار بود. فقدان مقام و مرتبهٔ شغلی در بخش باعث می‌شد تا نتوانم به راحتی در مقابل کارکنان با تجربه و ارشد بخش به حمایت از بیماران بپردازم. در حالی که حمایت از بیمار، وظیفهٔ مهم هر پرستار به شمار می‌آید. احساس می‌کردم غفلت از این وظیفه، امری غیر اخلاقی است چرا که در آن یکی از مهمترین نقش‌های پرستار نادیده انگاشته شده است. یکی از این مشکلات اخلاقی طی چند هفته اول کارم در بخش جراحی زنان اتفاق افتاد یعنی زمانی که طی تابستان امسال به عنوان پرستار اکسترن مشغول به کار بودم.

خانم ماریسا ساندوال، زن ۴۴ ساله‌ای بود که اخیراً بدنبال درمان سرطان رحم تحت عمل جراحی وسیع قرار گرفته بود. وی چندین عارضهٔ پس از عمل را تجربه می‌کرد. خانم ساندوال و خانواده‌اش از عدم پاسخدهی جراح و رزیدنتها به سؤالاتشان در مورد علت عوارض ناشی از جراحی بسیار ناراحت بودند. پس از مشاهدهٔ رابطهٔ متقابل میان جراح و بیمار و خانواده‌اش در اتاق، به راحتی به آشفتگی و ناراحتی بیمار پی بردم. جراح علاوه بر این که به هیچکدام از سؤالات خانواده جواب نمی‌داد، ترس آنها را هم بدون هیچگونه توضیحی نادیده می‌گرفت. احساس کردم این روش، روشی بسیار وحشتناک برای درمان بیمار است و به عنوان مدافع و حامی بیمار خود را به لحاظ اخلاقی و حرفه‌ای موظف دانستم تا از دریافت پاسخ‌های مناسب توسط بیمار و خانواده اطمینان حاصل کنم.

تفکر پیرامون موضوع: انواع عملکردهای ممکن

- رو در روی جراح قرار گیرم و با شرح اضطراب بیمار از وی بخواهم به اتاق بیمار بازگشته و به سؤالات آنها پاسخ دهد.
- سعی کنم با حداکثر توانایی به سؤالات بیمار پاسخ گویم.
- وانمود کنم دکتر صحیح و مناسب عمل کرده است، سپس به بیمار بگویم دکتر فردا دوباره باز خواهد گشت و او فرصت مجدد برای طرح سؤالاتش را به دست خواهد آورد.
- از یک پرستار با تجربه بخواهم به سؤالات بیمارم پاسخ دهد.
- به بیمار بگویم زیاد نگران نباشد، چون پزشکان و پرستاران از وی خوب مراقبت خواهند کرد.

ارزیابی برآیند خوب: چگونه موفقیت را تعریف می‌کنم؟

- بیمار پاسخ‌های رضایت‌بخشی برای سؤالاتش دریافت دارد.
- وضعیت به وجود آمده ضمن حفظ احترام هر دو طرف تحت کنترل قرار گیرد.
- منشور حقوق شهروندان که توسط انجمن پرستاری آمریکا تدوین گردیده رعایت گردد: «پرستاران این حق را دارند که با صراحت و آزادانه و بدون ترس از عواقب بعدی، از خود و بیمارانشان حمایت کنند.»
- شخصیت هیچکدام از دو طرف درگیر مورد بی‌حرمتی قرار نگیرد.
- اصول و ضوابط اخلاقی ANA رعایت شود: «پرستار برای حفاظت از سلامت، ایمنی و حقوق بیمار باید مبارزه کند و به دفاع برخیزد.»

یادگیری فردی: پیش به سوی آینده

وقتی به گذشته برمی‌گردم و به آن وضعیت فکر می‌کنم می‌بینم نتوانستم آن را به شکلی کاملاً اخلاقی حل و فصل نمایم. یعنی به جای آن که خودم با وضعیت برخورد کنم از پرستاری مجرب‌تر خواستم به سؤالات بیمار پاسخ گوید. متأسفانه به دلیل پیچیدگی وضعیت بیمار، پرستار مذکور نیز نتوانست به طور کافی به تمامی سؤالات وی پاسخ گوید. من باید با جراح صحبت کرده و نگرانی خود را در مورد بی‌جواب ماندن سؤالات بیمار مطرح می‌ساختم اما از جراح می‌ترسیدم و قدرت و تمایل رویارویی با وی را نداشتم. نوع عملکردم نشان داد که نقش من به عنوان مدافع و حامی بیمار به مخاطره افتاده است، به عبارت دیگر من به دلیل اضطراب فردی و عدم اطمینان به نفس جهت رویارویی با جراح، به این نقش لطمه زده بودم. پس از آن احساس کردم باید با حفظ عملکردهایم در بالاترین سطح استاندارد اخلاقی، فعالیت‌های حرفه‌ای خود را بر بنیان اخلاقی قدرتمندی پایه ریزی کنم و اقداماتی که انجام می‌دهم همگی گواهی بر این مدعا باشند. البته با توجه به این که من فرد ستیزه جویی نیستم و حین کار در محیط بیمارستان تا حد زیادی اعتماد به نفس خود را از دست می‌دهم، بنابراین طبیعی است حین مواجهه با عملکرد غیراخلاقی دیگر مراقبین بهداشتی، مقابله با آنها برایم دشوار باشد. از این رو، در حالی که فکر می‌کردم عملکردهای شخصی‌ام باید دارای بنیان اخلاقی قوی باشند، متوجه شدم که برای رویارویی با همکاران به رشد و تکامل توانایی‌های اخلاقی زیادی در خود نیاز دارم. امیدوارم با رشد این توانایی‌ها، احساس راحتی بیشتری در محیط بیمارستان بکنم و به دلیل ترس نقش خود را به عنوان حامی بیمار به مخاطره نیندازم.

بازاندیشی

شما در موقعیت‌های مشابه چگونه عمل خواهید کرد؟ چرا؟ این رویداد چه حقایقی را در مورد شما و کفایت مهارتهایتان در زمینهٔ عملکردهای حرفه‌ای خاطرنشان می‌سازد؟ ارزشهای مورد قبول جراح چگونه می‌توانند بر عملکردش تأثیر گذارند؟ لطفاً شرح دهید. آیا دانشجوی پرستاری منشور حقوق شهروندان ANA را رعایت کرد؟ اصول و ضوابط اخلاقی ANA را چطور؟ اصول و ضوابط اخلاقی انجمن پرستاران کانادا را چطور؟ پاسخ خود را شرح دهید. بررسی کنید آیا حقوق مربوط به بیمار که در منشور حقوقی انجمن بیمارستانهای آمریکا قید شده مورد توجه قرار گرفته‌اند یا خیر. دانشجوی پرستاری چگونه از کنش اخلاقی استفاده کرد (یا استفاده نکرد)؟ در این موقعیت، کدامیک از اصول و ضوابط اخلاقی نادیده انگاشته شدند؟ دانشجوی پرستاری چگونه تلاش کرد تا از این اصول و ضوابط استفاده کند؟ آیا می‌توانید به راههای دیگری برای استفاده از این اصول و ضوابط یا راههای دیگر پاسخگویی به این موقعیت فکر کنید؟ آیا با معیارهای ارزیابی کنندهٔ یک برآیند موفقیت‌آمیز موافق هستید؟ آیا به شخصیت افراد در این ماجرا توهین شده بود؟ لطفاً شرح دهید؟

ارزشهای ضروری برای حرفهٔ پرستاری

ارزشهای شغلی، اساس و بنیان اقدامات پرستاری را تشکیل داده و پرستار را در تعامل با بیماران، همکاران و عموم مردم راهنمایی می‌کند. در سال ۱۹۹۸، انجمن کالجهای پرستاری آمریکا، ۵ ارزش را شناسایی نمود که مظهر فعالیت مراقبتی حرفهٔ پرستاری شناخته شدند. در کادر ۱ـ۶ این ارزشها فهرست‌بندی شده و نمونه‌ای از رفتارهای ارایه دهندهٔ هریک از این ارزشها، نشان داده شده‌اند. هر پرستاری باید به طور جدی ارزشهای شخصی خود را مورد بازبینی قرار دهد تا دریابد که آیا این ارزشها با ارزشهای ضروری شغلی برابری می‌کند یا نه. به عنوان مثال، اگر من به ترفیع خود آنقدر اهمیت دهم که تمایلی نداشته باشم در راستای تعهد و تصمیم نسبت به سعادت و سلامت بیماری که مراقبت از وی بر عهده‌ام گذاشته شده، از خودگذشتگی نمایم، در آن صورت هرگز پرستار موفقی نخواهم بود. به طور مشابه، اگر نسبت به احترام گذاشتن به افرادی که با من متفاوت هستند، ارزش کمی قائل شوم، به گونه‌ای تحقیرآمیز و ناشایست با همکاران و بیماران رفتار خواهم نمود. شناسایی آن دسته از پرستارانی که در محیط کار، مظهر ارزشهای ضروری حرفهٔ پرستاری به شمار می‌آیند، همچنین یادگیری رفتارهای ارایه شده توسط آنها می‌تواند سودمند واقع شود.

در راستای تشویق متخصصین مراقبت بهداشتی به احترام گذاشتن و پذیرش شخصیت بیماران، برخی از آموزش دهندگان توصیه می‌نمایند که متخصصین هنگام ایفای نقش حرفه‌ای خود به گونه‌ای غیر مغرضانه عمل نموده و در رابطه با ارزشها، موضعی بی‌طرفانه اتخاذ کنند. از این رو «خواه پرستار و بیمار از ارزشهای مشابهی تبعیت نمایند خواه نه، در هر حال پرستار در قبال بیمار تعهد و مسئولیت دارد.» پرستار نباید فرض کند که ارزشهای فردی‌اش قطعاً درست هستند، همچنین نباید از طریق مقایسهٔ ارزشهای بیمار با نظام ارزشی فردی خود، در رابطه با آنها قضاوت درست یا غلط داشته باشد (استیل و هارمون، ۱۹۸۳، صفحهٔ ۲۷). این طرز تفکر پرستار را به انجام مراقبتی مؤثر از بیمارانی که دارای ارزشهای متفاوت با ارزشهای وی می‌باشند ترغیب می‌نماید. به عنوان مثال، پرستاری که قویاً معتقد است انجام هرگونه فعالیت جنسی قبل از ازدواج و خارج از روابط زناشویی نادرست می‌باشد، باز هم از زنی روسپی که دارای ضایعات هرپسی فعال نیز هست به نحوی شایسته و دلسوزانه مراقبت می‌کند. یا اگر همان بیمار پس از آموزش، اهمیتی ندهد که ممکن است در آینده فرد دیگری را از طریق روابط جنسی به این بیماری مبتلا سازد، در آن صورت وظیفهٔ اخلاقی پرستار ایجاب می‌نماید تا بیمار و سایرین را از صدماتی که برخواسته از ارزشهای بیمار می‌باشند، محافظت نماید.

تشخیص ارزشها

تشخیص ارزشها، فرایندی است که توسط آن، افراد ارزشها و نظام ارزشی خود را درک می‌کنند. «فرایندی است که به فرد اجازه می‌دهد از طریق احساسات و تجزیه و تحلیل رفتارها، دریابد که از میان راههای انتخابی موجود، کدام را برگزیند و تشخیص دهد که آیا این انتخاب‌ها بصورت منطقی صورت گرفته‌اند یا نتیجهٔ شرایط پیشین می‌باشند.» (استیل و هارمون ۱۹۸۳، صفحهٔ ۱۳). تشخیص ارزشها برای حرفهٔ پرستاری بسیار سودمند واقع می‌شود. وقتی پرستاران بتوانند ارزشهایی را که انگیزه‌ای برای تصمیمات و رفتارهای بیمار به شمار می‌آیند بشناسند، قادر خواهند بود هنگام آموزش و مشاوره با بیماران از این ارزشها بهره‌برداری لازم را بنمایند. به عنوان مثال در مورد مردی که ارزشی برای سلامت و تندرستی خود قائل نیست، باید با تکیه بر این ارزش که وی قادر است، با ایجاد تغییرات ضروری در شیوهٔ زندگی خود پدر خوبی برای فرزندانش باشد، انگیزهٔ لازم را در او پدید آورد. نظریه پردازان ارزشها، بیشتر اوقات در فرایند ۷ مرحله‌ای ارزش گذاری بر سه اقدام اصلی تأکید می‌نمایند: (۱) انتخاب (۲) ارج نهادن (۳) عمل (راث، سیمون و هارمین ۱۹۷۸، سیمون[1] ۱۹۷۲). وقتی فردی برای چیزی ارزش قایل می‌شود در واقع از میان انتخابهای موجود و پس از توجه دقیق به پیامدهای هریک از آنها، یکی را آزادانه برمی‌گزیند. ارج نهادن به یک انتخاب، در بر گیرندهٔ غرور و مباهات، رضایت خاطر و تأیید همگانی است. و بالاخره عمل به ارزشها، گنجاندن انتخاب در رفتار و استفادهٔ ثابت و منظم از ارزش‌ها است.

چن گویوژانک را که در ابتدای فصل معرفی شد به خاطر دارید؟ درک ارزشهای قابل قبول بیمار به پرستار کمک می‌کند تا با توجه به درخواست مددجو مبنی بر قطع دستگاه ونتیلاتور یک طرح مراقبتی مناسب برای او تدوین نماید.

نمونه‌ای از تشخیص ارزشها توسط پرستار

اگر احترام گذاشتن به شأن انسان‌ها، ارزشی است که جزو ویژگیهای خدمات پرستاری شما محسوب می‌گردد در آن صورت شما آزادانه، اعتقاد به ارزش داشتن و منحصر به فرد بودن اشخاص را انتخاب کرده‌اید. علیرغم این که می‌دانستید انتخاب‌های دیگری نیز پیش رو دارید (مثلاً می‌توانید فقط با افرادی که بیشتر شبیه شما هستند با احترام رفتار کنید) و اعتقاد یافته‌اید که احترام گذاردن به شأن انسانی هر فرد، بهترین نتیجه را برای شما و جامعه به همراه خواهد داشت.

1- Raths . Simon & Harmin

کادر ۱ـ۶. ارزشهای شغلی

نوعدوستی، در واقع توجه و نگرانی نسبت به سعادت و سلامت دیگران است. در فعالیت‌های شغلی، نوعدوستی به نگرانی پرستار نسبت به رفاه و سعادت بیماران، پرستاران دیگر و سایر ارایه دهندگان مراقبت بهداشتی اطلاق می‌گردد. نمونه‌هایی از این گونه رفتارهای شغلی در زیر آمده است:

- درک فرهنگ‌ها، عقاید و دیدگاههای دیگران
- حمایت از بیماران بخصوص آنهایی که آسیب‌پذیرترند.
- پذیرفتن و تحمل خطرات به نفع بیماران و همکاران
- رایزنی و مشاوره با سایر متخصصین

خودمختاری، حق فرد است برای آن که خود تصمیم گیرنده و تعیین کننده باشد. در فعالیت‌های شغلی، خودمختاری نمایانگر احترامی است که پرستار به حقوق بیماران می‌گذارد تا به این ترتیب آنها بتوانند در رابطه بامراقبت‌های بهداشتی مربوط به خود تصمیم بگیرند. نمونه‌هایی از این گونه رفتارهای شغلی به شرح زیر می‌باشند:

- تدوین طرح مراقبتی با مشارکت و همکاری بیمار
- احترام گذاردن به حق بیماران و خانواده‌هایشان در تصمیم‌گیری پیرامون مراقبت‌های بهداشتی
- ارایه اطلاعات به نحوی که بیماران نسبت به راههای انتخابی موجود آگاهی داشته باشند.

شأن انسانی، در واقع نوعی احترام گذاردن به ارزش ذاتی و منحصر به فرد بودن اشخاص و جمعیت‌هاست. در فعالیت‌های شغلی، زمانی که پرستار برای همهٔ بیماران و همکاران خود ارزش قائل بوده و به آنها احترام می‌گذارد، شأن انسانی تجلی پیدا می‌کند. نمونه‌هایی از این گونه رفتارهای شغلی به شرح زیر می‌باشد:

- ارایه مراقبت‌هایی که از لحاظ فرهنگی قابل قبول بوده و حساسیت مادر آن رعایت گردیده‌اند.
- محافظت از خلوت و تنهایی بیمار
- حفظ اسرار بیماران و ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی
- طراحی برنامهٔ مراقبتی با رعایت حساسیت نسبت به نیازهای فردی بیمار

صداقت، به انجام عمل مطابق با اصول و ضوابط اخلاقی و استانداردهای قابل قبول عملی گفته می‌شود. در فعالیت‌های شغلی، صداقت زمانی متجلی می‌گردد که پرستار درستکار بوده و مراقبت‌ها را بر اساس چارچوب اخلاقی قابل قبول در این حرفه ارایه دهد. نمونه‌هایی از این گونه رفتارهای شغلی به شرح زیر است:

- ارایه اطلاعات درست به بیماران و عموم مردم
- ثبت صادقانه و دقیق مراقبت‌های ارایه شده
- اصلاح و جبران اشتباهات ایجاد شده توسط خود و سایرین
- پاسخگویی و احساس مسئولیت در قبال اقدامات خود

عدالت اجتماعی، عدالت اجتماعی رعایت کلیه اصول و ضوابط اخلاقی، قانونی و انسان گرایانه است. در فعالیت‌های شغلی، وقتی پرستار تضمین نماید که همه طبق قانون از درمانی برابر برخوردار بوده‌اند و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی برای همه یکسان در نظر گرفته شده، آنگاه این ارزش تجلی پیدا می‌کند. نمونه‌هایی از این گونه رفتارهای شغلی در زیر آمده است:

- رعایت انصاف و عدم تبعیض در ارایه مراقبت‌ها
- کمک به دستیابی همگانی به مراقبت‌های بهداشتی
- حمایت از قوانین و خط مشی‌های هماهنگ با ارتقاء مراقبت‌های پرستاری و مراقبت‌های بهداشتی

علاوه بر این شما به انتخابتان ارج خواهید نهاد. به طور مثال زمانی که بیماران از نحوهٔ مراقبت هایتان قدردانی نموده و همکاران و سرپرستان بخش به دلیل مهارتهای بین فردیتان به شما تبریک می‌گویند، لذت می‌برید. از طرفی به توانایی خود در دفاع از این ارزش، زمانی که شأن انسانی یک فرد نادیده گرفته می‌شود، مباهات می‌کنید.

شناسایی ارزش «احترام به شأن انسانی» باعث می‌شود تا آن را در عملکردهایتان بگنجانید و در زندگی شخصی و حرفه‌ای خود همواره برای احترام به شأن انسان‌ها مبارزه نمایید.

هرچه نسبت به این ارزش آگاهتر می‌شوید، حساسیت‌تان نیز نسبت به فعالیت‌هایی که با آن همخوانی ندارند، بیشتر می‌شود. به عنوان مثال ممکن است به علت شنیدن برخی شایعات و سخنان نامربوط از زبان دیگر پرستاران دربارهٔ بیماری که هیچ‌کس وی را دوست ندارد احساس ناراحتی نمایید، چرا که تشخیص می‌دهید این رفتار با احترامی که برای شأن انسان‌ها قائلید مغایرت دارد.

کاربردهای بالینی

در کادر ۲ـ۶ نشان داده شده است که چگونه می‌توان با استفاده از مراحل فرایند ارزش‌گذاری به بیمار مبتلا به فشار خون کمک کرد تا مراقب سلامتی‌اش باشد و داروهای خود را به درستی مصرف نماید. مثالهای بالینی دیگر در زیر آمده است:

بیماری که برای سلامتی و رفتارهای بهداشتی ارزش کمی قائل است

از این که تلاش مستمرتان برای آموزش یا مشاورهٔ جوان ۲۶ ساله‌ای که در زمینهٔ فروش دارو فعالیت می‌کند با شکست روبرو می‌گردد مأیوس و ناامید شده‌اید. اگرچه بیمار به علت زخم شدید دوازدهه در بیمارستان بستری شده است، اما تمام صحبت‌هایش دربارهٔ کار و دریافت سهمیهٔ فروش می‌باشد.

تشخیص ارزشها: ابتدا به بیمار کمک کنید ارزشهای اساسی زندگی خود را مشخص کند. مثلاً از او سؤال کنید: «سه مسئله‌ای که در زندگی بیشترین اهمیت را برایتان دارند بیان نمایید.» یا یکسری فعالیت‌ها را نظیر آنچه در زیر آمده تعیین نموده و از وی

کادر ۲ـ۶. مراحل فرایند ارزش‌گذاری

موقعیت: آقای جفرسون (Jefferson)، مرد ۴۹ ساله‌ای است که به فشار خون بالای کنترل نشده مبتلا می‌باشد.

انتخاب:

۱ـ آزادانه: آقای جفرسون پس از بستری شدن مجدد در بیمارستان به دلیل فشار خون بالا بعد از قطع ناگهانی داروهای ضد فشار خون، تصمیم می‌گیرد که از همین حالا داروهای خود را طبق دستور پزشک مصرف نماید.

۲ـ از میان متغیرها: آقای جفرسون پس از گذراندن جلسهٔ آموزش ـ یادگیری همراه با پرستار، در می‌یابد که اساساً سه راه پیش رو دارد:

- از رژیم درمانی تجویز شده تبعیت نماید.
- از مصرف داروها خودداری نموده اما شدیداً سعی داشته باشد از طریق رژیم غذایی، ورزش و کنترل تنیدگی، فشار خون خود را کنترل کند.
- از مصرف دارو خودداری کند تا ببیند چه پیش می‌آید.

۳ـ پس از در نظر گرفتن پیامدها: آقای جفرسون پیامدهای احتمالی هریک از انتخابهای زیر را درک نموده است:

- تبعیت از رژیم درمانی، فشار خون را به بهترین نحوی کنترل خواهد کرد (اما ممکن است عوارض جانبی ناراحت کننده‌ای هم داشته باشد).
- رژیم غذایی، ورزش و کنترل تنیدگی ممکن است تا حدودی فشار خون را پایین بیاورند اما این اقدامات در گذشته نتوانسته‌اند به طور مناسب فشار خون وی را کنترل نمایند.
- فشار خون بالا می‌تواند منجربه عوارضی جدی نظیر سکتهٔ مغزی، بیماری کلیوی یا اختلال در بینایی گردد.

به خاطر ارج نهادن به انتخاب

۴ـ با غرور و رضایت خاطر: آقای جفرسون ابراز می‌دارد «اکنون که آگاهی‌ام نسبت به فشار خون بالا افزایش یافته، و می‌دانم چگونه باید آن را کنترل کنم بیشتر نسبت به زندگیم احساس مسئولیت می‌نمایم و به آن علاقه دارم.»

۵ـ تأیید عمومی: آقای جفرسون به همسرش اظهار می‌دارد: «فکر می‌کنم در رابطه با قطع دارو اشتباه کردم. وقتی به علت آن سرزنشم می‌کنند احساس بدی پیدا می‌نمایم. با تو شرط می‌بندم که دیگر هرگز این اتفاق نخواهد افتاد. اگر زمانی شنیدی که از قرص‌هایم شکایت می‌کنم، به من یادآوری کن که بلافاصله نزد دکتر بروم.»

عمل

۶ـ گنجاندن انتخاب در رفتار خود: پس از ترخیص از بیمارستان، آقای جفرسون داروهای خود را طبق تجویز مصرف می‌نماید.

۷ـ استفادهٔ مستمر و منظم از ارزش: آقای جفرسون در صدد آن است که نسبت به هر داروی جدید تجویز شده شناخت پیدا نماید (مثلاً علت تجویز آن، عوارض جانبی احتمالی، عواقب عدم مصرف دارو) و با موفقیت برنامهٔ درمانی را دنبال کند. وی در رابطه با اطلاعات جدیدش، همچنین توانایی‌هایی که در امر مراقبت از خود به دست آورده احساس غرور می‌نماید.

بپرسید در صورتی که به طور غیر منتظره در یکی از روزهای کارش فراغت پیدا کند برای کدامیک از این فعالیت‌ها وقت صرف خواهد کرد؟

ـ لذت بردن از سکوت و تنهایی (مثلاً فکر کردن، مطالعه کردن، گوش دادن به موسیقی)

ـ گذراندن اوقات خود با خانواده و دوستان

ـ انجام ورزشهای پرتحرک (پیاده‌روی، شنا، فوتبال)

ـ تماشای تلویزیون

ـ در اختیار قراردادن وقت و انرژی خود به طور داوطلبانه جهت کمک به دیگران

ـ استفاده از فرصت بدست آمده جهت انجام امور کاری

ـ سایر موارد

با بیمار بحث نمایید که کدامیک از این فعالیت‌ها بر ارزشهایی که به آنها معتقد است، اشاره دارد. مشخص کنید اگر از بیمار به جای این سؤال که «برای کدامیک از این فعالیت‌ها وقت صرف خواهی نمود؟» پرسیده می‌شد «دوست داشتی اوقات فراغت خود را چگونه بگذرانی» آیا وی یکسری فعالیت‌های متفاوت را اعلام می‌نمود یا خیر؟

تناقض میان ارزشهای بیمار با ارزشهای اعضای خانواده

هنگام انجام مشاوره با والدین جوان یک کودک مبتلا به آسم، وجود نوعی نگرانی فزاینده را احساس می‌نمایید. از آنها سؤال می‌کنید که: «بنظر می‌رسد صحبت‌های من در حال حاضر شما را ناراحت کرده است، آیا مشکلی وجود دارد؟» و بدین ترتیب مشخص می‌شود مادر این کودک، سیگاری است و به گربه‌ها علاقهٔ وافر دارد و به همسرش نیز اظهار داشته حتی اگر این رفتار به فرزندشان هم صدمه بزند باز هم حاضر به ترک آن نیست.

تشخیص ارزشها: از والدین کودک بخواهید که پرسشنامهٔ زیر را پر کنند، سپس با یکدیگر پیرامون آن دسته از پاسخ هایشان که با هم تفاوت دارند صحبت نمایند:

راجع به موارد مطرح شدهٔ زیر چه نظری دارید؟ (پاسخ‌های خود را این گونه مشخص کنید: SA: کاملاً موافق، A: موافق، D: مخالف، SD: کاملاً مخالف، U: نظر خاصی ندارم).

ـ وظیفهٔ اولیهٔ والدین رسیدگی به نیازهای فرزندشان می‌باشد.

ـ هریک از اعضای خانواده حق دارند علائق شخصی خود را دنبال کنند حتی اگر برای دیگران جاذبه و کششی نداشته باشد.

ـ تفریح و خوشگذرانی مهمتر از سلامتی است.

ـ انتخاب بعمل‌آمده توسط یکی‌از اعضای‌خانواده می‌تواند به نحو بارزی بر دیگر اعضای‌خانواده تأثیرگذارد(بطور مثبت یا منفی). این گونه سؤالات می‌توانند به والدین کمک نمایند تا ارزشهای اساسی خود را ارزیابی نموده و موارد تناقض را کشف کنند و شاید آنها را وادار به حرکت در جهتی نمایند که بتوانند پیرامون چندین ارزش ارتقاء دهندهٔ سلامت، از مراحل انتخاب، ارج نهادن و عمل استفاده کنند.

علم اخلاق

علم اخلاق[1]، علمی است که به بررسی و تحقیق قاعده‌مند پیرامون ضوابط مربوط به درست و نادرست، فساد و پاکدامنی و خیر و شر می‌پردازد و سبب هدایت رفتار می‌گردد. توانایی تصمیم‌گیری و عمل به شیوه‌ای اخلاقی از همان دوران کودکی شکل می‌گیرد و بتدریج تکامل می‌یابد.
برای اطلاع از توضیحات کولبرگ و گیلیگان[2] پیرامون نحوهٔ تکامل اخلاق به فصل ۱۸ رجوع کنید.

بسیاری از افراد، زمانی که می‌خواهند اخلاق شغلی را با ضوابط مربوط به رفتار شغلی یکی نمایند از اصطلاح علم اخلاق استفاده می‌کنند (مثل علم اخلاق در پرستاری). اصطلاح اخلاقیات[3]، اگرچه معنی مشابهی با اصول اخلاقی دارد، اما معمولاً به استانداردهای درست و نادرست شخصی یا همگانی اطلاق می‌گردد. تفاوت قائل شدن میان علم اخلاق با مذهب، قانون،سنت‌ها و فعالیت‌های سازمانی حائز اهمیت می‌باشد. به عنوان مثال، این حقیقت که عملی قانونی یا مرسوم است دلیل بر این نمی‌شود که از نظر اخلاقی نیز صحیح باشد. از آنجا که ارزشها، در واقع باورهای فردی پیرامون مسائل حائز اهمیت هستند، لذا به شدت با رفتار اخلاقی در ارتباط می‌باشند و آن را تحت کنترل دارند. زمانی که من به عنوان پرستار برای ایمنی و سلامتی بیمار ارزش زیادی قائل می‌شوم، طبیعی است از ایمنی و سلامتی بیمار حتی به قیمت سلب آسایش خود (که گاه تا مرز ایثار و فداکاری پیش می‌رود) بیشتر از پرستاری محافظت خواهم کرد که اهمیتی به علائق بیمار نمی‌دهد.

انواع مختلف علم اخلاق

علم اخلاق دارای انواع بسیاری است. اما سه نوع آن که به طور اختصاصی با رشته پرستاری در ارتباط می‌باشند عبارتند از: اخلاق زیستی، اخلاق بالینی و اخلاق پرستاری. دائرة‌المعارف اخلاق زیستی، حوزهٔ اخلاق زیستی را در بر گیرندهٔ مجموعه‌ای از رشته‌ها و تخصص‌ها دانسته که همگی به طور کلی تحت عنوان «علوم زندگانی» شناخته می‌شوند.

«اخلاق زیستی در بر گیرندهٔ تمامی دیدگاههایی است که به شناخت رفتار و ماهیت انسان (معمولاً به حوزهٔ علوم اجتماعی مربوط می‌شوند) و عالم طبیعت یعنی زیستگاه انسان و حیوان (عمدتاً به علوم محیطی و جمعیت‌شناسی مربوط می‌شوند) کمک می‌کنند. با این وجود، هدف اولیهٔ پیدایش اخلاق زیستی، علوم پزشکی و بیولوژیکی بوده‌اند و اخلاق زیستی بیشترین فعالیت خود را در این حوزه‌ها نشان داده است.»

(کالاهان[4] ۱۹۹۵)

موضوعات مورد بحث در اخلاق زیستی شامل مسئولیت انجام پژوهشها، تقویت علم ژنتیک، اخلاق محیط و مراقبت‌های بهداشتی مداوم می‌باشند.

اخلاق بالینی شاخه‌ای از اخلاق زیستی است که به مشکلات اخلاقی در حوزهٔ بالینی می‌پردازد، مشکلاتی که حین مراقبت از بیماران واقعی پدید می‌آیند. اخلاق بالینی در پاسخ به سه انتقاد مطرح شده در اخلاق زیستی بوجود آمده است که عبارتند از:

۱ـ نیاز به رویکرد زمینه‌ای و متناسب با شرایط برای انجام تحقیقات پیرامون مشکلات اخلاقی، رویکردی که به شرایط گوناگون حاکم بر مراقبت‌های بالینی و نیازهای خاص مربوط به بیماری و بیماران رنج کشیده توجه دقیق‌تری داشته باشد.

۲ـ نیاز به تأکید بر تجربهٔ بالینی، تجربه‌ای که تنها با برقراری رابطهٔ صمیمانه میان بیمار و متخصص بالینی می‌تواند دانش و معلومات موجود را به نفع بیمار به کار گیرد.

۳ـ نیاز به آشنایی با سرویسهای خدماتی اخلاق بالینی، خدماتی که به آموزش اخلاق، خط مشی‌سازی برای رفع مشکلات اخلاقی حین مراقبت از بیمار، مشاوره‌های اخلاقی و پژوهشهای اخلاقی در حوزه‌های بالینی اختصاصی دارند (فلچر، میلر و اسپنسر[5] ۱۹۹۷).

نمونه‌هایی از موضوعات مطرح شده در اخلاق بالینی عبارتند از: گرفتن رضایت‌نامهٔ آگاهانه، نحوهٔ پاسخدهی فرد به درخواست بیماران مبنی بر کمک به خودکشی یا قطع درمانهای پزشکی.

اخلاق پرستاری زیر مجموعه‌ای از اخلاق زیستی بوده و به مطالعهٔ تفصیلی مشکلات اخلاقی بوجود آمده در حوزه‌های عملی پرستاری، و نیز تجزیه و تحلیل‌های مورد استفادهٔ پرستاران جهت انجام قضاوت‌های اخلاقی می‌پردازد. از آنجا که

1- Ethics
2- Kohlberg & Gilligan
3- Morals
4- Callahan
5- Fletcher , Miller & Spencer

مسئولیت پرستاران در مدیریت مراقبتها روز به روز در حال افزایش است، لذا بسیار مهم و حیاتی است که پرستاران خود را برای شناسایی جنبه‌های اخلاقی فعالیت هایشان آماده نمایند و به نحوی شایسته اصول اخلاقی را در تصمیم‌گیری‌ها مد نظر داشته باشند. از جمله مسائل اخلاقی که پرستاران به طور معمول و در طول روز با آنها مواجه می‌شوند می‌توان به این موارد اشاره کرد: نیاز به محدود کردن هزینه‌ها، چرا که بالا رفتن هزینه‌ها می‌تواند رفاه و سعادت بیمار را به مخاطره افکند، مواجه شدن با تصمیمات مربوط به خاتمه دادن زندگی، شکستن قول خود مبنی بر حفظ اسرار بیمار، بی‌کفایتی و اقدامات غیر قانونی و غیر اخلاقی همکاران.

آقای راینز، مرد فقیر و بی‌خانمان ۶۸ ساله را به خاطر آورید که با چندین نسخهٔ دارویی از بیمارستان مرخص شد. بنا به تغییر خط مشی‌های مؤسسه، این بیمار دیگر نمی‌تواند داروهای خود را به طور رایگان دریافت دارد. سؤال اصلی در علم اخلاق این است که آیا مراقبت بهداشتی کالایی است که باید آن را در بازار خرید و فروش کرد (آقای راینز این خیلی بد است که شما بیمه نیستید تا هزینهٔ داروهایتان را بپردازد یا پولی در بساط ندارید...) یا یک کار خیر اجتماعی است که به همه تعلق دارد. اخلاق بالینی باید مشخص سازد آیا مؤسسه موظف به تعیین خط مشی برای پوشش دادن به بیمارانی نظیر آقای راینز که پول خرید داروهای موردنیاز خود را ندارد هست یا خیر. اخلاق پرستاری نیز باید در مورد تعهدات اخلاقی مدیر کنترل موردی که وظیفهٔ مراقبت از آقای راینز را بر عهده دارد پرس و جو کند.

نظریه‌های مربوط به علم اخلاق

نظریه‌های اخلاقی، نظامهایی فکری هستند که شرح می‌دهند چگونه باید زندگی کرد و چرا این نظریه‌ها را می‌توان عمدتاً به صورت زیر طبقه‌بندی کرد: نظریه‌های راهنمای عمل که پاسخگوی این پرسش هستند: «چه باید انجام دهم؟» نظریه‌های راهنمای منش که پاسخگوی این پرسش می‌باشند: «چگونه فردی باید باشم؟» نظریه‌های راهنمای عمل خود به دو دستهٔ اصلی تقسیم می‌شوند:

- سودگرایانه: درستی یا نادرستی عمل به نتایج حاصل از آن بستگی دارد.
- وظیفه‌شناسانه: درستی یا نادرستی عمل به نتایج حاصل از آن بستگی ندارد.

این وجوه تمایز اهمیت زیادی دارند چرا که اساس بسیاری از تضادهای اخلاقی که در عمل تجربه می‌کنیم را تشکیل می‌دهند. به عنوان مثال، پرستاری معتقد است که انجام سقط جنین در شرایطی که نتایج خوبی برای زن، کودک و جامعه بدنبال داشته باشد، از نظر اخلاقی قابل توجیه است (مربوط به نظریه‌های سودگرایانه). یکی دیگر از پرستاران ممکن است با این امر موافق باشد که انجام سقط در برخی شرایط، نسبت به ادامهٔ حاملگی ناخواسته و بدون برنامه‌ریزی، نتایج بهتری بدنبال خواهد داشت اما در عین حال معتقد است که سقط جنین از نظر اخلاقی نادرست می‌باشد چون هیچ نتیجه‌ای هر قدر هم سودمند واقع گردد نمی‌تواند گرفتن جان یک انسان بیگناه را توجیه نماید (مربوط به نظریه‌های وظیفه‌شناسانه).

پرستاران اخلاق گرا، اغلب برای پیاده کردن اصول اخلاقی از دو رویکرد عملی و نظری استفاده می‌کنند یعنی رویکرد مبتنی بر اصول اخلاقی و رویکرد مبتنی بر اصول مراقبتی.

رویکرد مبتنی بر اصول اخلاقی

رویکرد مبتنی بر اصول اخلاقی، آمیزه‌ای از اصول نظریه‌های سودگرایانه و وظیفه‌شناسانه است و حاوی راهنمایی‌های اختصاصی عملی می‌باشد. رویکرد مبتنی بر اصول اخلاقی بیوچمپ ـ چایلدرس[1] (۲۰۰۱) ۴ اصل کلیدی را مشخص می‌نماید: آزادی عمل، عدم آسیب‌رسانی، نیکوکاری و عدالت (جدول ۱ـ۶). بسیاری از پرستاران، وفاداری، درستکاری، مسئولیت‌پذیری، حفظ اسرار و حریم خصوصی افراد را نیز به این فهرست می‌افزایند چون همگی آنها در اخلاق پرستاری (و پزشکی) نقش مهمی ایفاء می‌کنند و به هدایت رفتار متخصصین مراقبت‌های بهداشتی در برابر بیماران و خانواده‌هایشان می‌پردازند.

ماریسا ساندوال، زن ۴۴ ساله‌ای را که پس از عمل جراحی وسیع به دلیل سرطان رحم دچار عوارض شده بود به خاطر دارید؟ پرستار احساس می‌کند که جراح و رزیدنتها به مسئولیت خود در قبال پاسخگویی به سؤالات و ترس بیمار پای‌بند و وفادار نبوده‌اند (اصل وفاداری). اگر پرستار نتواند به نحو مؤثری از ماریسا در برابر تیم پزشکی دفاع کند، توانایی وی در وفاداری به ماریسا، همچنین مسئولیتی که در قبال سلامتی ماریسا دارد به مخاطره می‌افتد.

1- Beauchamp / childress

این اصول اخلاقی، ارایه دهندهٔ راهنمایی‌های عملی کلی هستند. همهٔ موارد با هم یکسانند، ما همیشه باید به گونه‌ای عمل کنیم که به آزادی عمل و استقلال دیگران احترام بگذاریم، به دیگران آسیب نرسانده و در حق آنها نیکی کنیم، با دیگران عادلانه رفتار کنیم و به قول خود پایبند و وفادار باشیم. البته این اقدامات آن طور که به نظر می‌آیند ساده نیستند. باید به این حقیقت واقف بود که نگرش افراد (اعم از بیماران، اعضای خانواده و مراقبین متخصص) نسبت به فایده و ضرر هر کار با هم متفاوت است و آنچه که به نظر یک فرد مفید می‌آید ممکن است از نظر فرد دیگر زیانبار باشد.

درخواست آقای ژانک، مرد ۳۲ ساله‌ای که در ابتدای فصل شرح داده شد را مرور کنید. اگرچه بنظر پرستار در خواست قطع دستگاه ونتیلاتور برای بیمار زیانبار می‌باشد و به احتمال زیاد منجربه مرگ وی خواهد شد اما دیدگاه بیمار در این زمینه متفاوت است، به این معنی که وی نمی‌خواهد تا آخر عمر به ونتیلاتور وابسته بماند. وقتی پرستار در تضاد قرار می‌گیرد و نمی‌داند چگونه این مسائل را حل کند باید درخواست مشاورهٔ اخلاقی بنماید. مشاورهٔ اخلاقی در انتهای همین فصل توضیح داده شده است.

زمانی که پایبندی محضور به اصول اخلاقی پایه منجربه پیدایش دو شیوهٔ عمل متضاد می‌گردد آنگاه فرد از نظر اخلاقی دچار محضور شده و در تنگنا قرار می‌گیرد. هنگام مواجه شدن با تناقض میان اصول اخلاقی، هیچ شیوهٔ مطمئن و قابل اعتمادی برای تشخیص این مطلب که کدام اصل از اهمیت بیشتری برخوردار است وجود ندارد. انواع رویکردهای رایج و شناخته شدهٔ مبتنی بر اصول اخلاقی که در حوزهٔ اخلاق زیستی به کار برده می‌شوند بقدری زیادند که نوعی «سردرگمی و سرگردانی» در مسائل اخلاقی ایجاد می‌کنند، همین امر از اهمیت مشکلات اخلاقی که پرستاران روزانه با آنها مواجهند کاسته (تیلور[1] ۱۹۹۷) و به نحوی گمراه کننده سبب القاء این تصور در افراد می‌شود که نحوهٔ رفع معضلات ایجاد کنندهٔ تگناهای اخلاقی قابل اهمیت نیستند، از این رو فرد می‌تواند تنها با توسل به یکی از اصول اخلاقی مطرح شده، عمل خود را توجیه نماید. به همین دلیل، بسیاری از متخصصین مراقبت‌های بهداشتی، اصول اخلاقی را با تصمیم‌گیری در مورد «درز گرفتن و سرپوش گذاشتن روی مسئله» یکسان تلقی می‌کنند و در تصمیم‌های روزانهٔ خود پیرامون این مسائل که چه چیزهایی موجب ایجاد یک روز کاری شرافتمندانه می‌شوند، چگونه باید به یکدیگر احترام گذاریم و چگونه باید راستگویی و دلسوزی را پیشهٔ خود سازیم، چالشهای اخلاقی را مورد بی‌توجهی قرار می‌دهند.

رویکرد مبتنی بر مراقبت

عدم رضایت از رویکرد مبتنی بر اصول اخلاقی، موجب شده تا بسیاری از پرستاران مراقبت را اساس و بنیان تعهدات اخلاقی حیطهٔ پرستاری در نظر بگیرند. در رویکرد مبتنی بر مراقبت، محور اصلی، رابطهٔ میان پرستار و بیمار است که در آن با بررسی محتوای کلام بیمار حین ارایه شرحی از زندگی‌اش، می‌توان توجه خود را به موقعیت‌های خاص فردی او معطوف نمود. دیدگاه مراقبتی، نشان می‌دهد هنگامی که با مشکل اخلاقی در رابطه با بیمار یا همکارتان مواجه می‌شوید چگونه باشید و چگونه عمل کنید. در این رویکرد، اصول اخلاقی صرفاً به خاطر تصمیم پیرامون ادامه یا قطع درمانهای حیاتی تنزل پیدا نمی‌کنند. از جمله ویژگی‌های مربوط به دیدگاه مراقبتی می‌توان به این موارد اشاره کرد:

- محور قرار دادن روابط ایجاد شده بر مبنای مراقبت
- حفظ شأن بیماران و احترام گذاردن به آنها همانند افراد عادی
- توجه به ویژگی‌های استثنایی فردی بیماران
- پرورش احساس مسئولیت نسبت به دیگران و احساس مسئولیت شغلی
- تعریف دوبارهٔ قابلیت‌های بنیادین اخلاقی من جمله فضائلی چون: مهربانی، مراقبت، همدلی، دلسوزی و قابل اعتماد بودن (تیلور ۱۹۹۳).

اصول اخلاقی حامی حقوق زنان

اصول اخلاقی حامی حقوق زنان، یک نوع خاص از رویکردهای اخلاقی است که در میان پرستاران رواج دارد و هدف آن انتقاد از الگوهای ظلم و ستم و سلطه گری حاکم بر جامعه است که بویژه زنان و فقرا را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اصول اخلاقی حامی حقوق زنان بسیار متنوع هستند و موضوعات آنها از بی‌عدالتی‌های مرتبط با جنس تا نگرانی پیرامون حداقل رفاه نسبی متفاوت می‌باشند. پرستارانی که درچارچوب حمایت از حقوق زنان کار می‌کنند، به ترویج و تشویق آن دسته از خط مشی‌های اجتماعی می‌پردازند که نمایانگر وجود نوعی اعتماد ریشه‌ای و ذاتی میان زنان و افرادی هستند که همواره در حاشیه

1- Taylor

جدول ۱ـ۶. اصول اخلاق زیستی

اصل اخلاقی	دستور اخلاقی داده شده	اجراء در عملکردهای پرستاری
آزادی عمل (خود مختاری)	احترام گذاردن به حقوق بیماران و جانشینان آنها هنگام تصمیم‌گیری در امر مراقبت بهداشتی	برای تصمیم‌گیری که حق مسلم بیماران و خانواده‌هایشان محسوب می‌شود ارایه اطلاعات و حمایت از آنها ضروری است. گاهی اوقات حمایت و طرفداری از بیمار مستلزم همکاری سایر اعضای تیم مراقبت بهداشتی می‌باشد.
عدم آسیب‌رسانی	اجتناب از صدمه رساندن به دیگران	سعی کنید آسیبی به کسی نرسد و در حد امکان از بروز صدمه یا خطر بروز صدمه جلوگیری گردد.
نیکوکاری	نیکوکاری در حق بیماران، ایجاد توازن میان منابع و خطرات و زیانها	خود را متعهد سازید تا به نحوی فعالانه در جهت ارتقاء منافع بیمار (سلامت و رفاه) گام بردارید. در برابر این حقیقت حساس باشید که افراد (بیماران، اعضای خانواده، متخصصین مراقبت بهداشتی) ممکن است تعابیر مختلفی از زیان و منفعت داشته باشند. آنچه که برای یک فرد مزیت و امتیاز محسوب می‌شود ممکن است برای فرد دیگر، ناگوار و سنگین قلمداد گردد.
عدالت	به هر کس همانقدر کمک کنید که برایش لازم است، منصفانه عمل کنید.	همواره سعی کنید تا همه به نحوی عادلانه از فواید، خطرات و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی برخوردار شوند. این امر مستلزم شناسایی هوشمندانه پیشداوریها و تبعیض‌ها است.
وفاداری	به قول خود وفادار بمانید.	شما به عامهٔ مردم قول داده‌اید که فردی قابل و شایسته باشید و تعهد کرده‌اید که از مهارت و شایستگی خود به نفع بیمارانی که مراقبت از آنها به شما محول شده استفاده کنید. پس به قول خود پایبند باشید. هرگز قبل از آن که نیازهای بیمار را برآورده سازید، وی را ترک نکنید.

قرار دارند. در واقع در رویکرد مذکور، این حقیقت به رسمیت شناخته شده که تمام افراد مستحق داشتن انتخابهای مشروع و قانونی در مورد وضعیت‌های تأثیر گذار بر زندگیشان هستند و در همه حال سزاوار احترام می‌باشند. این رویکرد نمایانگر تعهد کامل به تمامی ابعاد وجودی اشخاص در حاشیه است و زمینه را برای رفع آن دسته از نیازهای پایهٔ انسان که با قابلیت شکوفایی وی هماهنگ هستند فراهم می‌آورد، علاوه بر این به شأن انسانی و رابطه باوری نیز احترام می‌گذارد (هالند[1] ۲۰۰۱).

یک نمونهٔ عالی از اصول اخلاقی حامی حقوق زنان، نقد هالند از پژوهشهایی است که در مورد سلولهای بنیادی جنینی انسان صورت گرفته است:

«درست است که زنان، فقرا، رنگین پوستان و افراد در حاشیه نیز می‌توانند از فواید درمانهای پزشکی و درمانهای دارویی تجدید حیات و احیاء بافت‌ها که در پژوهشهای انجام شده بر روی سلول EG[2] (سلولهای زایای جنینی) و HES[3] (سلول بنیادی جنینی انسان) به اثبات رسیده بهره‌مند شوند، اما احتمالاً آنها به هیچ وجه جزء افراد بهره‌مند از این مزایا نخواهند بود. چون این درمانها پس از آن که تکمیل شدند، احتمالاً دارای قیمت‌های کمرشکنی برای تمام اقشار به جز ثروتمندان و افراد بهره‌مند از پوششهای بیمه‌ای خوب خواهند بود، البته به شرطی که شرکت‌های بیمه با پوشش دادن به این درمانها موافق باشند که این هم خیالی واهی به نظر می‌رسد. از این رو، فقرا که عمدتاً زنان و رنگین‌پوستان هستند به راحتی از این درمانها کنار گذاشته می‌شوند حتی اگر تخمک‌های آنها به لحاظ تجاری سود سرشاری به ارمغان آورد.» (هالند، ۲۰۰۱)

رفتار اخلاقی

پرستاران بر اساس استانداردهای اخلاقی مربوط به شغل خود، موظف و متعهد به ارایه مراقبت‌ها با کیفیت بالا می‌باشند. بررسی و توجه به رفتارهای اخلاقی شغلی از مدارس پرستاری آغاز می‌گردد و با بحث‌های رسمی و غیر رسمی به عمل آمده با همکاران و دوستان ادامه می‌یابد، سپس زمانی که پرستاران موظف می‌شوند تا به عنوان الگوی ایفای نقش رفتارهایی مطابق با استانداردهای بالای اخلاقی از خود نشان دهند، به اوج می‌رسد. چگونه پرستاران قادر خواهند بود استانداردهای مربوط به رفتارهای اخلاقی شغلی را فراگیرند؟ کمترین کاری که آنها می‌توانند انجام دهند این است که نسبت به تئوری‌های اخلاقی تعیین کننده و تأیید کنندهٔ رفتارهای شغلی آگاهی داشته باشند، عناصر و عوامل ضروری کنش اخلاقی را شناسایی کرده و در خود بوجود آورند؟ فضائل پرستاری را در خود پروش دهند و با استانداردهای اخلاق زیستی در رابطه با رفتار شغلی پرستاری آشنا باشند.

1- Holland 2- Embryonic Germ
3- Human Embryonic Stem

کنش اخلاقی
این تصور که صرفاً تمایل سادهٔ فرد به پرستار بودن موجب می‌شود وی از توانایی ذاتی جهت ارایه رفتاری اخلاقی در این حرفه برخوردار باشد نادرست است. پرستاران به همان طریقی که در واکنش نسبت به تغییرات فیزیولوژیکی، قابلیت‌های خود را در جهت ارایه اقدامات صحیح علمی پرورش می‌دهند باید این توانایی، یعنی کنش اخلاقی را نیز در خود ایجاد نموده و به پرورش آن بپردازند. پرستارانی که چالشهای اخلاقی را در فعالیت‌های شغلی خود درک می‌کنند به اندازهٔ کافی به رشد و تکامل اخلاقیات در خود اهمیت می‌دهند تا با کار شدید این مهارتها را در خود بوجود آورند. اصول و مبانی کنش اخلاقی به شرح زیر هستند:

- حساسیت اخلاقی: توانایی تشخیص زمان مناسب برای ارایه واکنش‌های اخلاقی، درست هنگامی که چالش‌های اخلاقی خود را نشان می‌دهند.
- واکنش اخلاقی: توانایی و تمایل برای نشان دادن واکنش نسبت به چالش‌های اخلاقی.
- استدلال اخلاقی: آگاهی و توانایی استفاده از رویکردهای صحیح و منطقی تئوری و عملی جهت تفکر در زمینهٔ چالش‌های اخلاقی، این رویکردها علاوه بر مطلع نمودن افراد از رفتارهای اخلاقی، به توجیه این رفتارها نیز می‌پردازند.
- مسئولیت اخلاقی: توانایی و تمایل به پذیرش مسئولیت در قبال رفتارهای اخلاقی و یادگیری تجارب ناشی از به کارگیری کنش‌های اخلاقی
- منش اخلاقی: پرورش خلق و خویی که به فرد اجازه می‌دهد، عملی را به انجام برساند که معتقد است باید انجام گیرد.
- ارزش گذاری اخلاقی: ارزش گذاری به شیوه‌ای هوشیارانه و دقیق، که کاملاً منطبق با منش اخلاقی خوب و صداقت اخلاقی باشد.
- رهبری جریان‌های دگرگون کنندهٔ اصول اخلاقی: داشتن تعهد و توانایی مسلم در خلق فرهنگی که به کارگیری کنش‌های اخلاقی را تسهیل می‌نماید. فرهنگی که در آن افراد به این دلیل اعمال خوبی انجام می‌دهند که فقط اعمال خوب برای انجام دادن وجود دارند. کادر ۳ـ۶ اصول کنش اخلاقی را نشان داده است.

فضایل پرستاران
فضایل یا همان خوبی‌ها و نیکی‌های انسان، در واقع رفتارها و منش‌های پرورش یافته‌ای هستند که ما را ترغیب می‌کنند یا قادر می‌سازند تا انسان خوبی باشیم. فضائل بالینی باعث می‌شوند تا پرستاران از بیماران به خوبی مراقبت کنند. اگرچه هیچ فهرست رسمی در زمینهٔ فضائل پرستاران وجود ندارد اما در اینجا برخی از آنها را ذکر می‌کنیم:

- صلاحیت و شایستگی
- مراقبت دلسوزانه
- اولویت دادن به مراقبت از بیمار و در مرحلهٔ دوم قراردادن علائق شخصی.
- تواضح
- قابل اعتماد بودن
- وظیفه‌شناسی یا داشتن وجدان کاری
- هوش و ذکاوت
- کاردانی
- فروتنی
- شهامت
- صداقت

از آنجا که این خصائص انسانی را نمی‌توان با پوشیدن اونیفورمی خاص یا استفاده از پلاک شناسایی در خود ایجاد کرد، بنابراین بسیار مهم است که آنها بخشی از منش پرستار یا بخشی از وجود وی باشند. این خصائص، بنیانی حائز اهمیت را پایه‌ریزی می‌کنند که به بیماران امکان می‌دهد تا به ما اعتماد کنند.

نظام‌نامهٔ اخلاق در پرستاری
یک نظامنامهٔ اخلاقی حرفه‌ای، چارچوبی را برای تصمیم گیریهای اخلاقی تعیین می‌کند و انتظارات شغلی را پیش رو قرار می‌دهد. نظامنامهٔ اخلاق پرستاری، هم پرستاران و هم جامعه را از اهداف اولیه و ارزشهای این حرفه آگاه می‌سازد که تمامی آنها باید با نظام اخلاقی تشخیص پرستار و اصول اخلاقی که وی به آنها معتقد است سازگار باشد. سایر عملکردهای نظامنامهٔ پرستاری به شرح زیر هستند (انجمن پرستاران آمریکا ۱۹۸۵):

- نشان می‌دهد که پرستار مسئولیتی را که بر عهده‌اش گذارده‌اند می‌پذیرد و به چیزی که توسط جامعه تعیین شده اعتقاد دارد.
- راهنمایی است جهت هدایت عمل و نحوهٔ برقراری ارتباط حین انجام مسئولیت‌های پرستاری که مطابق با قوانین اخلاقی و ارایه مراقبت با کیفیت بالا صورت می‌پذیرد.
- روشهایی را ارایه می‌دهد که از طریق آن پرستاران خود می‌توانند مسائل حرفه‌ای را کنترل و اداره نمایند.

کادر ۳ـ۶. کنش اخلاقی

موقعیت: بیمار ۷۵ ساله‌ای که مراحل پایانی سرطان ریه را می‌گذراند و از ایست تنفسی رنج می‌برد، در بخش مراقبت‌های ویژه بستری شده و از دستگاه ونتیلاتور استفاده می‌کند. پرستاری که او را تحویل می‌گیرد چارت مربوط به بیمار را بررسی نموده و در می‌یابد که پرستار مسئول پذیرش چنین ثبت کرده است: «او با به کار بردن دستگاه احیاء کنندهٔ تنفسی مخالف است» و می‌خواهد از تقاضاهایی که به طور رسمی و از قبل تهیه نموده و در آن اثری از «قهرمان‌بازی» مشاهده نمی‌شود استفاده گردد. در چارت بیمار دستوری مبنی بر عدم استفاده از دستگاه احیاء تنفسی وجود ندارد و پرستار هیچگونه تقاضانامه یا وصیت‌نامهٔ رسمی از قبل تهیه شده‌ای را مشاهده نمی‌کند.

حساسیت اخلاقی: پرستار ICU، متوجه می‌شود که بین خواستهٔ ثبت شدهٔ بیمار و نوع مراقبتی که دریافت می‌کند، مغایرت وجود دارد. وی در رابطه با این بی‌توجهی نسبت به تمایلات بیمار، از نظر شخصی احساس ناراحتی می‌کند.

واکنش اخلاقی: پرستار یا می‌تواند نسبت به ناراحتی ایجاد شده در خود بی‌توجهی نشان داده و صرفاً به ارایه مراقبت‌های تکنیکی در سطح عالی بپردازد یا ناراحتی پدید آمده در خود را مورد توجه قرار دهد و واکنشی مناسب ابراز دارد. او تصمیم می‌گیرد با پزشک متخصص صحبت کند و از اطلاعات وی در زمینهٔ اولویت‌های مطرح شده توسط بیمار استفاده نماید اما خبردار می‌شود که پزشک مربوطه نسبت به خواسته‌های ثبت شدهٔ بیمار بی‌اطلاع بوده و هیچ نظر شخصی در این رابطه ندارد به این ترتیب پرستار ICU با پرستاری که در ابتدا پذیرش بیمار را انجام داده تماس می‌گیرد و درمی‌یابد علیرغم آن که خواسته‌های بیمار کاملاً واضح و روشن بوده اما هیچ کس سخنان وی را پیگیری نکرده و در نتیجه تمایلاتش در دستورات موجود در چارت مربوطه انعکاس نیافته‌اند. پرستار پس از آن که پزشک متخصص اظهار می‌دارد: «اکنون که درمان آغاز شده دیگر هیچ کاری نمی‌توان انجام داد.» خواهان تشکیل جلسه‌ای جهت مشاوره پیرامون مسائل اخلاقی می‌گردد.

استدلال اخلاقی: در جلسهٔ مشاوره مشخص می‌شود اعضای خانواده نیز با این مسئله هم عقیده هستند که اگر بیمار از به کار بردن دستگاه احیاء تنفسی، مطلع شود قطعاً خشنود نخواهد شد و خواستار قطع اتصال دستگاه می‌گردد حتی اگر این امر مرگ وی را به دنبال داشته باشد. مشاور امور اخلاقی، شرح می‌دهد که قطع این نوع درمان غیر مؤثر (ونتیلاتور نمی‌تواند سرطان ریهٔ بیمار را درمان کند) و در عین حال غیر مقتضی و طاقت‌فرسا، عملی است که می‌تواند از نظر اخلاقی قابل توجیه باشد.

مسئولیت اخلاقی: پرستار خواهان تشکیل جلسهٔ مشاوره می‌شود چون معتقد است نمی‌توان طرفدار و حامی بیمار بود و تنها به مراقبت از جسم او اکتفا کرد. به محض آن که پرستار درمی‌یابد (یا حدس می‌زند) که خواسته‌های بیمار مورد غفلت و بی‌توجهی واقع شده‌اند احساس می‌کند که مسئول است و باید مشخص نماید که چطور سیستم در قبال این بیمار مرتکب قصور و کوتاهی شده و علاوه بر این نسبت به چاره‌جویی جهت حل این مشکل نیز احساس مسئولیت می‌کند. پرستار به رفتار مسئولانهٔ خود مباهات می‌نماید بنابراین در چنین مواردی نمی‌توان خود را به «نشنیدن» زد و وانمود کرد که «این مشکل من نیست» پس از خاتمهٔ جلسهٔ مشاوره، پرستار در برنامه‌ای که جهت یافتن زمان و موقعیت مناسب برای قطع دستگاه ترتیب داده شده، شرکت می‌نماید در حالی که مطمئن می‌شود خانوادهٔ بیمار نیز در آنجا حضور دارند. زندگی بیمار پس از قطع دستگاه خاتمه پیدا می‌کندو خانوادهٔ وی علیرغم داغدار بودن، از پرستار جهت مراقبت از بیمار و خودشان سپاسگزارند.

منش اخلاقی: به دلیل آن که پرستار فضائلی چون احساس مسئولیت و وفاداری را در خود پرورش داده، نحوهٔ عمل وی طبیعی تلقی می‌گردد.

ارزش‌گذاری اخلاقی: پرستار ارزش زیادی برای این مسئله قائل است که حامی واقعی بیمار باشد، به همین دلیل خواهان روبرو شدن با پزشک و ایجاد جلسهٔ مشاوره است، هرچند که این اقدامات موجبات ناراحتی و گرفتاری وی را فراهم آورده و وقتش را تلف خواهند کرد.

رهبری جریان‌های دگرگون کنندهٔ اصول اخلاقی: وقتی همکارانش به وی می‌گویند که «چه جسارت و جرأتی داشتی که توانستی این جریان را پیگیری کنی» پرستار می‌فهمد که فرهنگ حاکم بر بیمارستان باید عوض شود تا اکثر پرستاران بتوانند همان اقدامی را که وی بدون ترس از پیامدهای منفی آن انجام داد به انجام برسانند. سپس از مربی پرستاری بخش می‌خواهد که امکان مطرح کردن این موضوع را در گردهمایی بزرگ پرستاری بررسی کند و ابراز تمایل می‌نماید که در جهت تحقق این هدف همکاریهای لازم را به عمل آورد.

نظامنامه‌ها زمانی در اجرای اهداف خود موفق خواهند بود که توسط افراد شاغل در آن حرفه، مورد تأیید و تقویت قرار گیرد. نیازهای مطرح شده در نظامنامه‌ها، تقاضای قانونی را نیز افزایش می‌دهند. تخطی از قانون پرستار را مشمول جرایم مدنی و جنایی می‌کند (به فصل ۷ رجوع کنید) و تخطی از نظامنامهٔ اخلاقی ممکن است موجب توبیخ، انتقاد، انفصال از خدمت و اخراج گردد.

نظامنامه‌های اخلاق در پرستاری عبارتند از: نظامنامهٔ شورای بین‌المللی پرستاران (ICN) که تحت عنوان «نظامنامهٔ پرستاری ICN[1]» هم شناخته می‌شود. (در سال ۱۹۵۳ تنظیم شده و در سالهای ۱۹۶۵ و ۱۹۷۳ مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفته است) (کادر ۴ـ۶). در نظامنامهٔ پرستاری ANA همراه با تفسیر مطالب ارایه شده (که در سال ۱۹۵۰ تنظیم و در سالهای ۱۹۶۸، ۱۹۷۶، ۱۹۸۵ و ۲۰۰۱ مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفته است) (کادر ۵ـ۶)، و نظامنامهٔ انجمن پرستاران کانادا (CNA)[2] که تحت عنوان «نظامنامهٔ اخلاقی برای پرستاران تحصیلکرده» شناخته می‌شود (تنظیم در سال ۱۹۸۰ و اصلاح در سال ۱۹۹۱) (کادر ۶ـ۶).

1- International Council of Nurses

2- Canadian Nurses Association

کادر ۴ـ۶. نظامنامهٔ پرستاری شورای بین‌المللی پرستاران

● مسئولیت اساسی هر پرستار شامل چهار رکن است: ارتقای سلامتی، پیشگیری از بیماری، حفظ سلامتی و تسکین درد.

● نیاز به پرستاری امری جامع و کلی است. احترام به زندگی، شأن و حقوق انسان‌ها جزء لاینفک رشتهٔ پرستاری به شمار می‌آید که با مسائلی چون ملیت، نژاد، آیین، سن، جنس، سیاست یا وضعیت اجتماعی محدود نمی‌گردد.

● پرستاران، خدمات بهداشتی را به فرد، خانواده و جامعه ارایه داده و یا خدمات خود را با خدمات عرضه شده توسط سایر گروههای مربوطه هماهنگ می‌نمایند.

پرستاران و مردم

● اولین مسئولیت پرستار، در رابطه با افرادی است که نیازمند مراقبت‌های پرستاری هستند.

● پرستار حین ارایه مراقبت‌ها، محیطی را پرورش می‌دهد که در آن به ارزشها، آداب و رسوم و اعتقادات معنوی افراد احترام گذاشته می‌شود.

● پرستار اطلاعات کسب شده از بیمار را به طور محرمانه حفظ کرده و بنا به قضاوت و تشخیص خود اقدام به در میان گذاشتن این اطلاعات می‌نماید.

پرستاران و فعالیت‌های آنها

● پرستار، مسئولیت‌های فردی را حین انجام اقدامات پرستاری در نظر می‌گیرد و با تداوم یادگیری و کسب آموخته‌های بیشتر در حفظ شایستگی و توانایی خود می‌کوشد. پرستار در موقعیت‌های خاص و واقعی، از بالاترین حد استانداردهای ممکن برای انجام اقدامات پرستاری استفاده می‌کند.

● پرستار با پذیرش مسئولیت یا تفویض آن به دیگری، باید در رابطه با شایستگی و لیاقت افراد قضاوت نماید.

● پرستار زمانی که با عنوان شغلی خود به انجام فعالیت می‌پردازد، باید تمام مدت معیارهای اخلاق و رفتار فردی را که منعکس کنندهٔ حیثیت رشتهٔ پرستاری است حفظ نماید.

پرستاران و جامعه

پرستار باید مسئولیت انجام فعالیت‌های حمایت کننده و آغازگر را که به منظور تأمین نیازهای بهداشتی و اجتماعی عموم مردم صورت می‌گیرد، با شهروندان دیگر تقسیم کند.

پرستاران و همکاران

پرستار روابط همکاری خود را با همکاران در سایر رشته‌های پزشکی، همچنین دیگر پرستاران ادامه داده و حفظ می‌کند. زمانی که مراقبت‌های

ارایه شده توسط پرستار، بوسیلهٔ یکی از همکاران یا هر شخص دیگری منجربه ایجاد خطر گردد، وی باید اقدامات مناسب را جهت حفاظت از فرد بیمار به عمل آورد.

پرستاران و حرفهٔ پرستاری

● پرستاران نقش مهمی را در تعیین و به کارگیری استانداردهای مطلوب در کار پرستاری و آموزش پرستاری ایفاء می‌نمایند.

● پرستار در رشد هستهٔ مرکزی دانش و اطلاعات مربوط به حرفهٔ خود فعال است.

● پرستار عضوی فعال در سازمانهای پرستاری به شمار آمده و در فعالیتهای مربوط به ایجاد و حفظ شرایط کاری مناسب از نظر اجتماعی و اقتصادی شرکت می‌نماید.

کادر ۵ـ۶. نظامنامهٔ پرستاری انجمن پرستاران آمریکا

۱ـ پرستار خدماتی را ارایه می‌دهد که در آن به شأن انسانی و منحصر به فرد بودن بیماران، بدون در نظر گرفتن وضعیت اجتماعی یا اقتصادی، ویژگیهای فردی یا ریشهٔ مشکلات بهداشتی، احترام گذارده شود.

۲ـ نخستین تعهد و مسئولیت پرستار به بیمار مربوط می‌شود، خواه بیمار فرد باشد خواه خانواده، گروه یا جامعه

۳ـ پرستار باید به ترویج، حمایت و مبارزه برای حفاظت از ایمنی، سلامتی و حقوق بیماران بپردازد.

۴ـ پرستار مسئول و پاسخگوی اعمال پرستاری است و باید متناسب با تعهداتی که در قبال ارایه مراقبت مطلوب به بیمار دارد، وظایف خود را به دیگری محول سازد.

۵ـ پرستار به همان اندازهٔ دیگران در قبال خود نیز وظایفی دارد از جمله: مسئولیت نسبت به حفظ پایبندی به اصول اخلاقی، حفظ شایستگی فردی و ادامهٔ رشد فردی و حرفه‌ای

۶ـ پرستار در ایجاد، حفظ و بهبود شرایطی که در آن شیوهٔ استخدام با هدف انجام مراقبتهایی با کیفیت بالا هدایت می‌شود، شرکت نموده و با انجام عملکردهای فردی و جمعی در راستای ارزشهای شغلی گام برمی دارد.

۷ـ پرستار باید با اقداماتی چون تقویت آگاهی‌های فردی، فعالیت در حیطهٔ شغلی، آموزش و اجرا، در راستای ترقی و توسعهٔ حرفهٔ خود تلاش کند.

۸ـ پرستار با اعضای تیم بهداشتی و سایر شهروندان، در جهت توسعه تلاشهای اجتماعیَ و ملی به منظور تأمین نیازهای بهداشتی همگانی، همکاری می‌کند.

۹ـ انجمن‌های پرستاری و اعضای آنها که نمایندگان حرفهٔ پرستاری هستند، مسئول بیان ارزشهای پرستاری، حفظ اصالت حرفه‌ای و فعالیت‌های مرتبط با آن و شکل دادن به خط مشی‌های اجتماعی می‌باشند.

کادر ۶ـ۶. نظامنامهٔ اخلاقی پرستاری انجمن پرستاران کانادا

مراقبتهای ایمن، شایسته و اخلاقی: پرستاران باید برای توانایی ارایه مراقبت‌های ایمن و بی‌خطر، شایسته و منطبق با اصول اخلاقی، ارزش قائل باشند، مراقبت‌هایی که باعث می‌شوند تا آنها تعهدات و وظایف حرفه‌ای و اخلاقی خود را در قبال مردم به انجام برسانند.

بهداشت و تندرستی: پرستاران برای بهداشت و تندرستی ارزش قائل شده و به بیماران کمک می‌کنند تا در شرایط طبیعی از نظر سلامتی، همچنین در شرایط بیماری، آسیب‌دیدگی و یا طی فرایند احتضار، به حد مطلوبی از سلامت دست یابند.

انتخاب: پرستاران به آزادی عمل بیماران احترام گذاشته و آن را تقویت می‌نمایند، همچنین به بیماران کمک می‌کنند تا نیازها و ارزشهایی راکه در رابطه با سلامت به آنها معتقدند بیان داشته و از اطلاعات و خدمات مناسب بهره‌مند شوند.

شأن انسانی: پرستاران از حرمت نفس و شأن هر انسان دفاع کرده و برای آن ارزش قائلند.

حفظ اسرار: پرستار سعی می‌نماید اعتماد بیمار نسبت به خود را حفظ کند و تنها با اجازهٔ بیمار یا در صورت نیاز و به شکلی قانونی، اطلاعات بدست آمده از وی را خارج از تیم مراقبت بهداشتی مطرح نماید.

عدالت: پرستار باید از اصل برابری و انصاف برای کمک به بیماران استفاده نموده و در جهت پیشبرد این اصول گام بردارد تا افراد بتوانند متناسب با نیازهایشان و مطابق با عدالت اجتماعی خدمات بهداشتی لازم را دریافت دارند.

مسئولیت‌پذیری: پرستار به گونه‌ای هماهنگ با مسئولیت‌های شغلی و استانداردهای عملی رشتهٔ پرستاری فعالیت می‌کند.

محیطهای کاری دارای کیفیت بالا: پرستار برای آن دسته از محیطهای کاری ارزش قایل شده و از آنها حمایت به عمل می‌آورد که سازمان‌بندی شده بوده و از شرایطی برای حفظ ایمنی، حمایت و احترام به تمامی افراد موجود برخوردار باشند.

استانداردهای عملی پرستاری

انجمن پرستاران آمریکا، حین بازبینی و اصلاح استانداردهای مربوط به فعالیت‌های بالینی پرستاری در سال ۱۹۹۱، علاوه بر ایجاد یکسری استانداردهای عملی حرفه‌ای، استانداردهایی را نیز جهت امر مراقبت تعیین نمود. پنجمین استاندارد عملی در حرفهٔ پرستاری به شرح قوانین اخلاقی می‌پردازد، بدین شرح که تصمیم‌گیریها و اقدامات پرستار در رابطه با بیمار باید به شیوه‌ای اخلاقی صورت پذیرد. معیارهای سنجش استاندارد V به شرح زیر هستند (انجمن پرستاران امریکا ۱۹۹۸):

۱ـ فعالیت‌های پرستار باید از طریق نظامنامهٔ پرستاری هدایت شوند.

۲ـ پرستار باید اسرار بیمار را در محدودهٔ پارامترهای قانونی و مقررات موجود حفظ نماید.

۳ـ پرستار به عنوان حامی و مدافع بیمار عمل می‌کند و به بیماران در ایجاد مهارتهایی کمک می‌نماید که توسط آنها بتواند از خود دفاع به عمل آورند.

۴ـ ارایه مراقبت‌ها از سوی پرستار برای بیماران مختلف باید غیر مغرضانه بوده و فاقد هرگونه تبعیض باشد.

۵ـ ارایه مراقبت‌ها از سوی پرستار باید به گونه‌ای باشد که در آن آزادی عمل، ارزش و حقوق بیمار حفظ شده و یا مورد حمایت قرار گیرد.

۶ـ پرستار باید درصدد یافتن منابع قابل دسترسی باشد که از طریق آنها بتوان تصمیمات اخلاقی را تحت قاعده در آورد.

ماریسا ساندوال، زن ۴۴ ساله‌ای که در صدد دریافت جواب بود اما موفق نشد را به خاطر می‌آورید؟ پایبند به این استانداردها برای پرستاری که می‌خواهد جهت کسب جوابهای مورد نیاز، بصورت حرفه‌ای و اخلاقی عمل کند ضروری می‌باشد.

منشور حقوق بیماران

جامعهٔ بیمارستان‌های آمریکا، در سال ۱۹۷۲، منشور حقوق بیماران را تدوین کرد (اصلاح در سال ۲۰۰۳ و با عنوان «مشارکت در مراقبت از بیمار») این منشور شامل حقوق و مسئولیت‌های بیمار، حین دریافت مراقبت‌ها در بیمارستان است و دامنهٔ آن از «حق برخورداری از مراقبتی توأم با احترام و توجه» تا «حق داشتن آگاهی نسبت به خط مشی‌ها و عملکردهای بیمارستانی در رابطه با مراقبت»، درمان و مسئولیت‌های مربوط به بیمار ادامه دارد. با انتقال روزافزون مراقبت‌ها از بیمارستان به جامعه، پرستاران باید بدانند که حقوق و مسئولیت‌های مربوط به بیمار چگونه توسط مؤسسات و گروههای تخصصی مختلف تعریف می‌شوند. سایر منشورهای حقوقی شامل: منشور حقوقی بیماران حامله، منشور حقوقی بیماران سرخپوست، منشور حقوقی پرستاری در خانه و نظامنامهٔ مربوط به موارد بیماری در رابطه با سربازان قدیمی می‌باشند. هرکدام از این قوانین بر جنبه‌های خاصی از حقوق بیماران و در محدودهٔ برخی مؤسسات ویژهٔ بهداشتی تأکید دارند و در همین رابطه نظامنامهٔ اخلاقی نیز تدوین گردیده که پرستار باید از نظر حرفه‌ای به آنها توجه داشته باشد. پرستار برای اطمینان از پاسخگویی به سؤالات ماریسا ساندوال (زنی که در ابتدای فصل معرفی شد و خانوادهٔ وی باید از منشور حقوقی بیماران آگاه باشد).

منشور حقوقی پرستاران تحصیلکرده

دو علت اصلی افت کیفی مراقبت‌های پرستاری در تسهیلات بهداشتی، کمبود پرسنل و کاهش رضایت پرستاران است. منشور حقوقی پرستاران تحصیلکرده، ابزاری ملموس و واقعی است که با هدف حمایت از پرستاران و حرفهٔ پرستاری بوجود آمده تا با کمک آن بتوان از توانایی پرستاران جهت ارایه مراقبت‌هایی ایمن و با کیفیت بالا اطمینان حاصل کرد و شرایط محیطهای کاری را بهبود بخشید. این منشور حقوقی، به طور واضح و مشخص مسائلی که در محیطهای کاری به هیچ عنوان گفتگوپذیر نیستند را آشکار می‌سازد تا بدین‌ترتیب بر قدرت پرستاران بیفزاید. «ANA و سازمانهای وابسته به آن، کماکان فعالیت‌های دیرینهٔ خود را ادامه می‌دهند و با فعالیت در زمینهٔ قانونگذاری و تعیین خط مشی‌ها، معامله‌های جمعی میان کارمندان و کارفرمایان، اقدامات حمایتی در محل‌های کار و آموزش همگانی سعی دارند اطمینان حاصل کنند تا اصول پایهٔ منشور حقوقی پرستاران در سرتاسر کشور برای پرستاران به واقعیت تبدیل شود (وایزمن[1] ۲۰۰۱).»

اصول هفت‌گانهٔ منشور حقوقی پرستاران تحصیل کرده به شرح زیر می‌باشند:

۱ـ پرستاران این حق را دارند تا به شیوه‌ای عمل کنند که تعهدات و وظایف خود را در قبال جامعه و افرادی که مراقبت‌های پرستاری را دریافت می‌کنند به انجام رسانند.

۲ـ پرستاران این حق را دارند تا در محیطی کار کنند که امکان فعالیت مطابق با استانداردهای شغلی و در محدودهٔ قانونی را در اختیار آنها قرار دهد.

۳ـ پرستاران این حق را دارند تا در محیطی کار کنند که از عملکردهای اخلاقی آنها مطابق با نظام‌نامهٔ اخلاقی پرستاران، حمایت به عمل آورده یا به سهولت انجام این عملکردها کمک کند.

۴ـ پرستاران این حق را دارند تا آزادانه و با صراحت از خود و بیمارانشان بدون ترس از عواقب بعدی دفاع نمایند.

۵ـ پرستاران این حق را دارند تا به شکلی منصفانه میان فعالیت‌های کاری خود با توجه به دانش، تجربه و مسئولیت‌های شغلی شان تعادل ایجاد کنند.

۶ـ پرستاران این حق را دارند تا در محیطی امن و بی‌خطر برای خود و بیمارانشان کار کنند.

۷ـ پرستاران این حق را دارند تا در تمامی مراکز درمانی، پیرامون شرایط استخدامی اعم از فردی و جمعی، به مذاکره و بحث و گفتگو بپردازند. (ANA ،۲۰۰۱)

تصمیم‌گیری اخلاقی

دو نوع مشکل اخلاقی که پرستاران عموماً با آنها مواجه می‌شوند عبارتند از: تنگناهای اخلاقی و فشارهای اخلاقی. در تنگناهای اخلاقی، دو اصل اخلاقی کاملاً مشخص (یا بیشتر) قابل اجرا هستند اما حمایت از هر دوی آنها سبب بروز تناقض در عملکردها می‌گردد. فشارهای اخلاقی زمانی بوقوع می‌پیوندند که پرستار می‌داند عملکرد صحیح کدام است اما قید و بندها و محدودیت‌های تعیین شده از سوی مؤسسات، اجرای آن را تقریباً غیر ممکن می‌سازد. پرستاران باید در امر تجزیه و تحلیل از مهارتهای کافی برخوردار بوده و برای حل مشکلات ایجاد شده در تنگناهای اخلاقی و فشارهای اخلاقی، توانایی استدلال داشته باشند. در کادر ۷ـ۶ منابع تصمیم‌گیری‌های اخلاقی نشان داده شده‌اند.

استفاده از فرایندپرستاری برای تصمیم‌گیری‌های اخلاقی

هر پرستار باید حین تصمیم‌گیریهای اخلاقی از یک فرایند استفاده کند. در واقع فرایندی که پرستاران با آن آشنا هستند و حین تصمیم‌گیری‌های اخلاقی از آن استفاده می‌کنند همان فرایند پرستاری است. فرایند پرستاری مورد استفاده حین تصمیم‌گیری‌های اخلاقی شامل مراحلی است که در ادامه شرح داده خواهد شد. کادر ۸ـ۶، مدل ۵ مرحله‌ای تصمیم‌گیری اخلاقی را بر مبنای فرایند پرستاری شرح داده است.

بررسی موقعیت (جمع‌آوری داده‌ها)

وضعیت یا عوامل زمینه‌ای بوجود آورندهٔ مشکل اخلاقی را شناسایی و سپس آنها را تشریح کنید. این امر مستلزم توجه به موارد زیر می‌باشد:

افراد اصلی درگیر در این مشکل (دیدگاهها و تمایلات آنها)، وضعیت عمومی بیمار از نظر پرستاری، پزشکی و اجتماعی و ملاحظات مربوط به کارکنان و مسائل قانونی و اداری.

تشخیص (شناسایی) مشکل اخلاقی

وضعیت را به نحوی کاملاً واضح و روشن شرح دهید. ارتباط خود را با تصمیم مورد نظر مشخص سازید. پارامترهای زمانی را تعیین نمایید. اطمینان حاصل کنیدکه مسئله، مشکلی ارتباطی یا قانونی نبوده و قطعاً مشکلی اخلاقی به شمار می‌آید. برخی، در خطر قرار گرفتن شأن و اعتبار انسان را نیز مشکلی اخلاقی قلمداد می‌کنند.

1- Wiseman

کادر ۷ـ۶ منابع موجود جهت حل مشکلات اخلاقی

منابع شرح داده شدهٔ زیر برای استفادهٔ متخصصین مراقبت‌های بهداشتی در دسترس می‌باشند:

مرکز حل مشکلات اخلاقی و حقوقی انسانی وابسته به انجمن پرستاران امریکا www.nursingworld.org/ethics/index.htm

این مرکز اهداف زیر را دنبال می‌کند:

- انتشار اطلاعات ضروری پیرامون مسائل تئوری و عملی با همکاری ANA، اطلاعاتی که به حقوق انسانی و اخلاقیات در سطح ایالتی، ملی و بین‌المللی مربوط می‌شوند.
- جمع‌آوری و اشاعهٔ اطلاعات مربوط به خط مشی‌های همگانی و دفاع از این خط مشی‌ها جهت اطمینان از اجرای اخلاقیات و حقوق انسانی در مراکز مراقبتی
- اطمینان از اجرای اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت مربوط به حقوق انسانی و اخلاقیات در داخل انجمن پرستاران آمریکا و بیان این اهداف برای افراد مناسب خارج از انجمن

انجمن اخلاق زیستی و مسائل‌انسانی آمریکا www.asbh.org

انجمن تخصصی است که دارای بیش از ۱۵۰۰ عضو، سازمان و مؤسسه می‌باشد و همگی آنها در زمینهٔ اخلاق زیستی و مسائل انسانی فعالیت می‌نمایند. وب سایت آنها منبعی برای اطلاع رسانی به اعضای کنونی، اعضای آینده، و تمام افرادی است که به اخلاق زیستی و مسائل انسانی علاقمند هستند.

پرستاران به این گروه علاقه خاصی دارند.

انجمن قانون، علم‌پزشکی و علم‌اخلاق آمریکا www.aslme.org/

درون این سایت اطلاعاتی را در مورد ۲ مجلهٔ ملی پرطرفدار مشاهده خواهید کرد یعنی مجلهٔ «قانون، علم پزشکی و علم اخلاق» و مجلهٔ «قانون و علم پزشکی آمریکا». همچنین خواهید توانست اطلاعات مورد نیاز خود را از میان صدها مقالهٔ موجود بدست آورید. علاوه بر این با کمک این سایت می‌توانید برای شرکت در کنفرانس‌های آموزشی ثبت نام کنید و به لینک‌های سایت ASLME متصل شوید.

کالج پزشکی مرکز ویسکونسین (Wisconsin) برای مطالعهٔ اخلاق زیستی www.mcw.edu/bioethics/

هدف این مرکز انجام اقدامات زیر است که با هدف نوآوری در سطح ملی و بین‌المللی صورت می‌گیرد:

- آموزش اخلاق زیستی: آموزش به متخصصین مراقبت‌های بهداشتی، پژوهشگران، سیاستگزاران و دانشجویان علم اخلاق زیستی.
- مشاوره در زمینهٔ اخلاق زیستی: کمک به کمیته‌های اخلاقی و ارایه کنندگان مراقبت‌های بهداشتی در زمینهٔ مطرح کردن تصمیم‌های اخلاقی با بیماران و نمایندگان آنها.
- خدمات اجتماعی اخلاق زیستی: کمک به درک و شناخت بیشتر مسائل اخلاق زیستی در سطح محلی، منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی با کمک برگزاری کنفرانس‌ها، اجرای برنامه‌ها و انتشار موضوعات مربوطه.

مرکز مراجعهٔ همگانی جهت بررسی مسائل اخلاق زیستی www.georgetown.edu/research/kie/

شامل مجموعه‌ای تخصصی، موجود در کتابخانه‌های مرجع می‌باشد که محتوی موضوعات بیومدیکال جدید در زمینه‌های اخلاقی، فلسفی، پزشکی، پرستاری، علوم، قانون، مذهب و علوم اجتماعی هستند. می‌توانید با مراجعه به این عناوین اطلاعات مورد نیاز خود را کسب نمائید: جستجو در BIOETHICS LINE (بانک اطلاعاتی کامپیوتری)، جستجو در راهکارها، رفرنس «help»، نشریه‌های عمومی.

مرکز هاستینگز (Hastings) www.thehastings center.org/

سازمانی غیر انتفاعی، مستقل و بی‌طرف است که در سال ۱۹۶۹ تأسیس شده و به سؤالات اساسی مطرح شده در حوزهٔ مراقبت بهداشتی، بیوتکنولوژی و محیط پاسخ می‌گوید. همچنین انتشار دهندهٔ گزارشهای مرکز هاستینگز نیز می‌باشد.

مرکز اخلاق کاربردی www.ethics.ubc.ca/resources

لینک‌های بسیاری از مراکز مربوط به مراقبت‌های بهداشتی و دیگر رشته‌های پزشکی را در اختیار قرار می‌دهد.

برنامه‌ریزی

انتخاب‌های موجود را شناسایی نموده و پیامدهای کوتاه مدت و بلندمدت هریک را بررسی نمایید. برای تصمیم‌گیری در رابطه با عملکردی که می‌توانید آن را از نظر اخلاقی توجیه کنید، از استدلال‌های اخلاقی استفاده نمائید. در رابطه با عملکردی تصمیم‌گیری کنید که بتوانید به بهترین نحو از آن حمایت به عمل آورید. در این مرحله، مشاوره با یکی از همکاران با تدبیر و قابل احترام یا با کمیتهٔ مسئول رفع معضلات اخلاقی واقع در مؤسسه‌تان می‌تواند سودمند واقع شود.

اجرای تصمیم

تصمیم‌تان را به مرحلهٔ اجرا بگذارید، سپس نتایج عمل را با آنچه از قبل در نظر داشته و به آن امیدوار بوده‌اید مقایسه کنید.

ارزیابی تصمیم

از این فرایند چه چیزهایی آموختید که بتوانند در آینده به شما کمک کنند؟ چطور در آینده خواهید توانست قدرت استدلال و تصمیم‌گیری خود را تقویت نموده و بهبود بخشید.

ملاحظات مرتبط با اصول اخلاقی

فلچر، میلر واسپتسر توجه به ملاحظات ۸ گانهٔ اخلاقی را توصیه نموده‌اند، ملاحظاتی که بسیار با ارزش هستند و با مراقبت از بیماران در ارتباط می‌باشند و پل ارتباطی مابین اصول و ضوابط اخلاقی (اخلاق مراقبتی) و وضعیت‌های بالینی به شمار می‌آیند (۱۹۹۷).

کادر ۸ـ۶. مطالعهٔ موردی یک بیمار و استفاده از فرایند ۵ مرحله‌ای برای حل تضاد اخلاقی

جین، دبلیو (.Jean W)، پرستار اتاق درد و زایمان در یکی از بیمارستان‌های عمومی است که در آن هم بیماران خصوصی و هم بیماران مراجعه کننده به درمانگاه تحت درمان قرار می‌گیرند. جین همیشه احساس می‌کرد که کارکنان بخش مامایی ـ بیماریهای زنان، رفتاری متفاوت با این دو گروه از مددجویان دارند. در صبح روز مورد نظر، جین از زنی مراقبت به عمل می‌آورد که کاندید عمل سزارین انتخابی بود. زن (که جزو بیماران مراجعه کننده به درمانگاه است) به نحوی آشکار نشان می‌داد که می‌خواهد هنگام زایمان بیدار بوده و بیهوشی نگیرد و تقاضای بی‌حسی نخاعی یا اپیدورال می‌کرد. جین از ورود متخصص بیهوشی به داخل اتاق زایمان وحشتزده شد، چون این متخصص در انجام بی‌حسی‌های اپیدورال چندان موفق نبود. تلاش متخصص بیهوشی در انجام بلوک اپیدورال ناموفق بود. پس از این که ۲۰ دقیقه در انتظار کسب نتیجه سپری شد، پزشک متخصص زنان و مامایی شکیبایی خود را از دست داد و به متخصص بیهوشی توصیه کرد بیمار را بیهوش کند. جین احساس نمود که حق بیمار دارد پایمال می‌شود اما نمی‌دانست چه واکنشی باید نشان دهد.

مرحلهٔ ۱: بررسی موقعیت (جمع‌آوری داده‌ها)

بیمار از نظر پزشکی در وضعیت با ثباتی است (سزارین انتخابی نه اورژانس) و به وضوح تمایل خود را برای آن که در جریان زایمان بیدار باشد و بیهوشی نگیرد ابراز می‌دارد. بیمار جزو بیماران خصوصی نیست. پرستار معتقد است نقش وی پیشبرد و حمایت از علائق و تمایلات بیمار است. وی می‌داند که در این پرونده هیچ دلیلی وجود ندارد که به موجب آن اولویت‌های بیمار نادیده گرفته شود.

متخصص بیهوشی در انجام بی‌حسی‌های اپیدورال موفقیت چندانی ندارد. پزشک متخصص زنان و مامایی هم بنظر می‌رسد در پایان دادن به زایمان تعجیل دارد. در گذشته نیز وی به پیگیری خواسته‌های بیماران خصوصی بیشتر از مراجعه کنندگان به درمانگاه توجه نشان می‌داد. او رئیس گروه زنان ـ مامایی است و اعتقاد دارد که پرستاران باید بدون قید و شرط از دستورات پزشکان اطاعت نمایند. پرستاران در گذشته نیز بارها نارضایتی خود را نسبت به تفاوت سطح خدمات مراقبتی ارایه شده به بیماران خصوصی و درمانگاهی ابراز داشته‌اند، اما تا این تاریخ هیچ کس به طور رسمی این موضوع را پیگیری نکرده است.

مرحلهٔ ۲: تشخیص (شناسایی) مشکل اخلاقی

جین، دبلیو، با نادیده گرفته شدن خواستهٔ بیمار مبنی بر عدم بیهوشی حین زایمان از جانب پزشک متخصص زنان مخالف است. وی می‌داند که دلایل قابل قبولی برای توجیه این عملکرد وجود ندارد. پرستار هم در انجام این تصمیم شریک خواهد بود دربارهٔ این مورد باید بلافاصله تصمیمی اتخاذ کرد. برنامه‌ریزی جهت اجتناب از بروز چنین وضعیت‌هایی در آینده سودمند خواهد بود.

مرحلهٔ ۳: برنامه‌ریزی

الف: شناسایی انتخاب‌های موجود

پرستار می‌تواند به پزشک متخصص زنان چیزی نگوید و به انجام زایمان کمک کند. اگر بعد از جانب بیمار مورد سؤال واقع شد که چه نیازی بود تا وی را بیهوش کنند پرستار می‌تواند: (۱) حقیقت را بگوید (۲) بیمار را به پزشک متخصص زنان ارجاع دهد (۳) از این که بیمار نتوانسته هوشیار باقی بماند با وی همدلی نماید. (۴) چیزی نگوید.

نتیجه: خواستهٔ بیمار نادیده گرفته می‌شود، زایمان در زمان ثبت شده انجام می‌گیرد، پزشک متخصص زنان خشنود و راضی است، پرستار به تعهد خود نسبت به پزشک و بیمارستان عمل کرده اما احساس می‌کند به اعتماد بیمار خیانت نموده است.

نتیجه در درازمدت: احتمال بسیار دارد که همین مشکل مجدداً در آینده تکرار شود.

یا

پرستار می‌تواند به پزشک متخصص زنان یادآوری نماید که بیمار بر خواستهٔ خود مبنی بر هوشیاری حین زایمان بسیار تأکید داشته و پیشنهاد کند که از متخصص بیهوشی دیگری استفاده شود. اگر پزشک مربوطه با این امر موافقت کرد، بیمار به خواستهٔ خود رسیده وهمه از نتیجه راضی خواهند بود (معذالک پرستار بایدتصمیم بگیرد که چطور از وقوع مجدد این گونه وضعیت‌های دشوار جلوگیری شود). اما اگر پزشک زنان پیشنهاد را رد کرد و برخواستهٔ خود مبنی بر بیهوش نمودن بیمار پافشاری نمود پرستار می‌تواند ۱) از شرکت در جریان زایمان خودداری ورزد (البته اگر پرستار دیگری در دسترس نبوده یا تمایل به جانشینی وی نداشته باشد، پرستار بیمار را رها نموده و همین امر صدمات و آسیب‌هایی را بدنبال خواهد داشت) ۲) در جریان زایمان شرکت نموده و تا پایان پیش رود یا تصمیم بگیرد پس از انجام زایمان و در موقعیتی آرام با پزشک متخصص زنان صحبت کند تا با کمک هم راهی جهت جلوگیری از بروز این مشکل در آینده بیابند. اگر گفتگو با پزشک نتواند رضایت پرستار را جلب نماید در آن صورت وی باید تصمیم بگیرد که از طریق کانالهای اداری و اجرایی مناسب اقدام کند. پرستار ممکن است در اثر این اقدام بازخواست و نکوهش شده یا مورد تأیید و تصدیق قرار گیرد.

نتیجهٔ در درازمدت: بیماران در آینده می‌توانند جهت پیگیری خواسته‌ها و نگرانی هایشان از پرستار کمک بگیرند.

یا

پرستار می‌تواند چیزی نگوید و با این اعتقاد که در حال حاضر عاقلانه‌ترین عملکرد همین می‌باشد، به امر زایمان کمک کند. اما تصمیم بگیرد که در آینده برای اصلاح این گونه بی‌عدالتی‌ها، گامهای مؤثری بردارد. نتیجه: این عملکرد فایده‌ای برای این بیمار نخواهد داشت اما برای بیماران بعدی در آینده سودمند واقع خواهد شد.

ب: اندیشیدن پیرامون مشکل اخلاقی از آغاز تا پایان

اصول اخلاقی پایه: مصلحت بیماران (منافع آنها) باید اولین نگرانی پرستار به شمار آید. این اصل قویاً تاکید می‌کند که پرستار در موارد مقتضی باید به نحوی مناسب اقدام کند اما به آن معنی نیست که پرستار در محضور قرار گیرد و اقداماتی را انجام دهد که احساس می‌کند مصلحت (امنیت شغلی) وی را به مخاطره می‌افکند.

احترام به اشخاص: در این اصل تصریح شده که آزادی عمل بیمار (حق خودمختاری) باید مورد احترام قرار گیرد مگر آن که دلایل مستدل و قوی‌ای برای توجیه عدم رعایت آن وجود داشته باشد.

عدالت: پرداخت هزینه‌ها به شکل خصوصی از جانب بیماران به پزشک متخصص زنان و مامایی نباید ربطی به کیفیت مراقبت‌های دریافت شده داشته باشد.

اصل اخلاقی مبتنی بر مراقبت: جین را ملزم خواهد کرد تا به عنوان حامی و مدافع بیمار عمل کند، احترام به تعهدات از جانب پرستار، روابط میان پرستار و بیمار را مستحکم می‌نماید.

ج: اتخاذ تصمیم

جین احساس می‌کند که واکنش متقابل وی نسبت به پزشک متخصص زنان و مامایی که به شکل صحبت و گفتگو با وی انجام شد، در تصمیم او مبنی بر بیهوش کردن بیمار مؤثر واقع نشده است. پس تصمیم می‌گیرد که پس از زایمان نیز مجدداً با پزشک مربوطه صحبت کند و کلیهٔ شیوه‌ها را جهت اجتناب از بروز مجدد این واقعه دنبال نماید.

مرحلهٔ ۵ـ۴: اجرا و ارزیابی تصمیم

جین هرگز نمی‌تواند یقین داشته باشد که گفتگوی وی با پزشک، منجربه محترم شمردن خواسته‌های بیمار خواهد شد یا نه. اگرچه وی در رابطه با نتایج حاصل از این مورد احساس نارضایتی می‌کند اما امیدوار است که از وقوع مجدد آن در رابطه با سایر بیماران درمانگاهی جلوگیری شود. در این نمونه کمیتهٔ بیمارستانی جهت بررسی مشکل و ارایه توصیه‌های لازم تشکیل می‌شود. اگر به جین گفته شود «سرت به کار خودت باشد» وگرنه دچار دردسر می‌شوی، در آن صورت جین باید در حالی تصمیم بگیرد که منافع بیمار از یک طرف و احتمال خطرات فردی یا ضرر رسیدن به دیگران از طرف دیگر پیش روی او قرار دارند.

تعادل میان فواید و زیانهای مراقبت از بیماران

از آنجا که رابطهٔ میان پرستار و بیمار به گونه‌ای است که پرستار می‌تواند چیزی بیشتر از اثرات فیزیولوژیکی را در بیمار مشاهده کند، لذا پرستاران در موقعیتی بسیار عالی قرار دارند تا بتوانند فواید و زیانهای درمان را محاسبه کرده و در مورد آن به استدلال بپردازند.

افشای اسرار بیمار، رضایت‌نامهٔ آگاهانه و تصمیم‌گیری مشترک

تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی دارای سه الگوی پایه است. در الگوی اقتدارمآبانه، متخصصین بالینی تصمیم می‌گیرند که بیمار چه انجام دهد تا برایش مفید باشد و بیمار را آگاه می‌سازند. در این الگو نقش بیمار صرفاً اطاعت و تبعیت از توصیه‌هاست. در الگوی حاکمیت بیمار، بیماران یا نمایندگان آنها، حق خود را در زمینهٔ خودمختاری و آزادی عمل نشان می‌دهند، و آنچه را می‌خواهند به متخصصین بالینی خاطرنشان می‌کنند و نقش متخصصین بالینی تبعیت از خواسته‌های آنها است. بسیاری از اخلاق‌گراها، این دو الگو را رد می‌کنند و الگوی تصمیم‌گیری مشترک را توصیه می‌نمایند که در آن هم از اولویتهای بیمار استفاده شده و به آنها احترام گذاشته می‌شود و هم تجربه و قضاوت متخصصین بالینی به کار گرفته می‌شود. هدف تمامی تصمیم‌گیری‌های اخلاقی، اتخاذ تصمیم‌هایی است که سلامت و تندرستی بیمار را تضمین کرده و صداقت و درستکاری تمامی افراد شرکت کننده در فرایند تصمیم‌گیری را مورد احترام و توجه قرار دهند. پرستاران با اطمینان از این که بیماران و نمایندگان آنها اطلاعات و حمایت لازم را جهت اتخاذ تصمیم‌های مناسب دریافت کرده‌اند و علائق و تمایلاتشان مورد توجه قرار گرفته می‌توانند نقش مهمی در این زمینه ایفا کنند.

هنجارهای زندگی خانوادگی

اکثر بیماران، افرادی منزوی نیستند. پرستارانی که می‌دانند چگونه بیماری یا آسیب دیدگی بیمار بر اعضای خانواده و بستگان نزدیک وی تأثیر می‌گذارند، بهتر می‌توانند درک کنند که این مسئله تا چه حد بر تصمیم‌گیریهای مراقبتی اثرگذار است و در نتیجه بهتر قادرند این اطلاعات را با تیم چند تخصصی در میان نهند.

رابطه میان متخصصین بالینی و بیماران

شفای بیمار در مرکز توجه اخلاق پرستاری قرار دارد. اگرچه پرستاران در مورد آنچه باید انجام دهند به استدلال اخلاقی روی می‌آورند، اما همیشه، روابط بوجود آمده باعث می‌شود تا پرستاران نسبت به بیماران، خانواده‌های آنها و دیگر مراقبینی که با ایشان کار می‌کنند، مسئولیت‌پذیر باشند. بیشترین فشاری که پرستاران به لحاظ اخلاقی تحمل می‌کنند ناشی از اعتقاد قوی آنها به این مسئله است که ما بیشتر از آنچه محیطهای کاری اجازهٔ انجامش را می‌دهند به بیماران مدیون هستیم.

پایبندی متخصصین به اصول حرفه‌ای و اخلاقی

در نظامنامهٔ اخلاق پرستاری سال ۲۰۰۱ ANA به وضوح قید شده که نخستین تعهد و وظیفهٔ هر پرستار خدمت به بیمار است اما در کنار این مسئله آشکارا تصریح گردیده که پرستار همان وظایفی را که در قبال دیگران دارد باید در قبال خود نیز به انجام برساند (مثل مسئولیت نسبت به پایبندی به اصول، حفظ شایستگی فردی و تداوم رشد فردی و حرفه‌ای). پرستاران هنگامی که خود را ناچار می‌بینند تا برای تأمین نیازهای دیگران، پای‌بندی خود را به اصول فدا کنند باید به شدت و برای مدتی طولانی به این مسئله بیندیشند.

تخصیص بودجه و ارایه خدمات با صرفه

افزایش آگاهی نسبت به این که تأمین خدمات بهداشتی کمیاب و ارزشمند برای افرادی که به آنها نیاز دارند تا چه حد سخت و دشوار است باعث شده تا ارایه خدمات مقرون به صرفه، به لحاظ اخلاقی ارزش تازه‌ای پیدا کند. پرستارانی که متعهد به حمایت و دفاع از بیمار هستند همانند پلی رابط میان نیازهای گاهاً توانفرسای بیماران و خانواده‌ها و تعداد محدود مراقبین حرفه‌ای به شمار می‌آیند. عدالت یکی از اصول اخلاق زیستی است که پیرامون توزیع برابر منافع و زیانهای عمل یا رعایت انصاف در ارایه مراقبت‌های بهداشتی سخن می‌گوید. پرستاران در تیم چند تخصصی از جایگاهی منحصر به فرد برخوردارند تا معنای پرداخت حق و حقوق بیماران را بیان نمایند.

متغیرهای فرهنگی و یا مذهبی

از آنجا که بسیاری از تناقضهای بوجود آمده در رابطه با این که چه باید انجام دهیم از تفاوت‌های فرهنگی یا ارزشها و باورهای مذهبی نشأت می‌گیرند، پرستارانی که به هویت فرهنگی و یا مذهبی بیماران و مراقبین حساس هستند می‌توانند این تناقض‌ها را برطرف سازند.

ملاحظات مربوط به قدرت

تفاوت قدرت، علت اصلی بسیاری از چالشهای اخلاقی در حوزهٔ

عملکردهای بالینی است. بیماری و آسیب‌دیدگی باعث ضعف قدرت اکثر مصرف‌کنندگان آگاه مراقبت‌های بهداشتی شده و پرستار و دیگر مراقبین را موظف می‌سازد تا نسبت به هرگونه سوء استفاده از قدرت توسط متخصصین بالینی هوشیار باشند. متخصصینی که معتقدند از قدرت کافی برای تأثیرگذاری در محیطهای کاری و یا ارایه خدمات مراقبتی برخوردار نیستند نیز ممکن‌است فشارهای‌اخلاقی و تضادهای‌اخلاقی را تجربه نمایند.

آخرین مطلب در مورد مسئولیت‌پذیری و قابل اطمینان بودن پرستاران

آنچه در میان تمامی استانداردهای ذکر شده در بالا مشترک است، تعهد و مسئولیت پرستاران در حفظ شایستگی فردی و تمایل به استفاده از این شایستگی برای تأمین سلامت و تندرستی یا مرگ مناسب بیماران است. پرستارانی که به این امر معتقدند به معنای واقعی کلمه از قدرت کافی جهت تأثیرگذاری بر چگونگی تولد، مرگ و زندگی افراد برخوردارند. وقتی پرستاران آگاهی یابند که چه چیزهایی در دریافت مراقبت‌های مورد نیاز بیماران اختلال ایجاد می‌کند، آنگاه در حوزهٔ قدرت و مسئولیت‌های فردی، خود را موظف به پاسخگویی خواهند دید و اگر نتوانند به طور مستقل مشکل را حل کنند، در آن صورت فرد مناسب دیگری که می‌تواند پزشک متخصص، سوپروایزر و یا مدیر پزشکی باشد را مطلع کرده و از او درخواست کمک خواهند نمود. به محض آن که پرستار متوجه شود که حل مشکل خارج از قدرت اوست و این مسئله را در سلسله مراتب سازمانی به فرد دوم واگذار کند، در آن صورت تا زمانی که اقدام مناسب انجام نگرفته مشکل همچنان به آنها مربوط خواهد شد. بنابراین شما به عنوان پرستار باید از سلسله مراتب سازمانی آگاه بوده و از آن استفاده کنید و برای حل مشکلات و تأمین نیازهای بیمار، موارد را به رده‌های بالاتر ارجاع دهید.

مثالهایی از مشکلات اخلاقی

مشکلات اخلاقی عموماً میان پرستاران و بیماران، پرستاران و پزشکان، پرستاران با پرستاران دیگر و پرستاران با کارمندان دیگر مؤسسه، بوجود می‌آید. از این گذشته در برخی شرایط که بنظر می‌رسد انجام اقدامات خوب و مناسب پرستاری مستلزم عملکردی مغایر با اعتقادات اخلاقی شخصی است، پرستاران بیشتر با تضاد مواجه می‌گردند. در خلال مطالعهٔ مثالهای کوچکی که در ادامه آمده، سعی کنید نحوهٔ واکنش‌های خود را مشخص نمایید. فرایند تصمیم‌گیری اخلاقی که قبلاً توضیح داده شده می‌تواند مفید واقع گردد.

پرستاران و بیماران

موقعیت‌های مشکل‌آفرین در روابط پرستار و بیمار، که می‌تواند منجر به ایجاد فشارهای اخلاقی در پرستار گردد شامل این موارد است: اقتدارگرایی (انجام اقداماتی برای بیماران بدون گرفتن رضایت آنها جهت کسب فواید حاصله و پیشگیری از مضرات)، اغفال بیمار، رازداری، برخورداری از نیروهای پرستاری ناکافی و کم، گرفتن رضایت و تضاد میان ارزشها و تمایلات پرستار و بیمار.

اقتدارگرایی

یکی از افراد سالخوردهٔ ساکن آسایشگاه سالمندان که از هوشیاری برخوردار است در حال حاضر در معرض خطر زمین خوردگی و سقوط قرار دارد اما با این حال هنگام خارج شدن از تخته پرستار را فرا نمی‌خواند. پرستار باید تصمیم بگیرد که آیا برای مهار و جلوگیری از این عمل بیمار دستور رسمی از پزشک دریافت کند یا نه. آیا جلوگیری از بروز صدمات احتمالی، نادیده گرفتن حق آزادی عمل در بیمار را توجیه می‌نماید و این مسئله را برای پرستار قابل قبول می‌سازد که به عنوان «ولی» بیمار عمل کند و عملکردی را انتخاب نماید که بیمار تمایلی به آن ندارد ولی پرستار معتقد است که به مصلحت بیمار می‌باشد.

اغفال بیمار

بیماری که دوران پس از عمل جراحی را سپری می‌کند از دانشجوی پرستاری که مسئول تزریق عضلانی وی جهت کنترل درد است می‌پرسد آیا این اولین تزریق شماست؟ در واقع این اولین تزریق دانشجو است بنابراین وی کمی مضطرب می‌شود. آیا دانشجو با اظهار این مطلب که «نه، من قبلاً هم چندین بار تزریق عضلانی انجام داده‌ام» می‌تواند نیت و قصد خود را در پایین آوردن اضطراب بیمار توجیه کند.

رازداری

پرستار از خانم میانسالی که به آرامی گریه می‌کند می‌پرسد: آیا میل دارید بگویید چه چیزی شما را آزار می‌دهد؟ زن به پرستار می‌گوید که نمی‌داند هزینهٔ درمانگاه را چگونه پرداخت کند چون دو ماه پیش به طور غیر قانونی وارد کشور شده و در حال حاضر مشغول جمع کردن پول است تا بتواند خانواده‌اش را به وطنشان بازگرداند. وی از پرستار می‌خواهد این مسئله را به هیچ‌کس نگوید. اگر پرستار معتقد باشد اضطراب بوجود آمده در بیمار مانع بهره‌مندی مناسب وی از مراقبت‌های بهداشتی ارایه شده می‌گردد، در آن صورت برملا کردن راز بیمار به منظور کمک به وی امری اخلاقی خواهد بود؟

برخورداری از نیروهای پرستاری ناکافی و کم

اخیراً پرستاری از بخش شما اخراج شده است و بخش با کمبود پرسنل مواجه می‌باشد. از میان بیمارانتان، می‌توان به مرد ۳۳ ساله‌ای اشاره کرد که پس از یک حملهٔ قلبی به تازگی بهبود پیدا کرده و قرار است صبح ترخیص شود (او به شما می‌گوید هنوز سؤالات زیادی دارد که باید بپرسد)، بیمار دیگر فرد سالخورده‌ای است که مشرف به موت می‌باشد، همچنین زنی که مبتلا به سرطان بوده، درد شدید داشته و تمام روز استفراغ کرده است. شما به خوبی می‌دانید که قادر نخواهید بود نیازهای همگی آنها را به خوبی برآورده سازید. چگونه مراقبت‌های پرستاری را بین آنها تقسیم می‌کنید؟ (در عین حال نسبت به بیماری که صبح ترخیص می‌شود و به خانه باز می‌گردد احساس علاقه می‌کنید).

حمایت از بیمار در کشاکش بر سر مسائل مالی و در محیطهای بازارگونه

زن ۵۷ ساله‌ای که در بیمارستان بستری است و متحمل دو عمل جراحی طولانی برای برداشتن قسمت‌هایی از رودهٔ بزرگ شده، به تازگی از طریق طرح مراقبت بهداشتی خود دریافته که اقامتش در بیمارستان بیش از حد مجاز به طول انجامیده و باید بلافاصله از بیمارستان ترخیص شود. وی تنها زندگی می‌کند و خانواده یا دوستی ندارد که بتواند در امر مراقبت یاری‌اش دهد. شما اعتقاد دارید که اقامت بیشتر وی در بیمارستان برایش بسیار مفید خواهد بود چرا که علاوه بر کسب مجدد قدرت و توانایی، می‌تواند یاد بگیرد چگونه مراقبت‌های ضروری مربوط به خود را انجام دهد. او توانایی پرداخت هزینه‌های مربوط به اقامت بیشتر در بیمارستان را ندارد. چه باید انجام بدهید؟

رزیدنتی می‌خواهد از یک نوجوان مایع نخاعی بگیرد، شما هم می‌دانید که این نوجوان از رزیدنت متنفر است. پس از یک بار تلاش ناموفق، نوجوان از رزیدنت می‌خواهد این کار را متوقف نماید. رزیدنت از شما می‌خواهد که داروی ضد اضطراب به بیمار تزریق کنید تا او بتواند سریعتر مایع نخاعی را بگیرد. آیا با وصف آن که می‌دانید بیمار به ادامهٔ کار راضی نیست دارو را تزریق خواهید کرد؟

تضاد میان تمایلات بیمار و پرستار

پرستاران قرار گذاشته‌اند به نوبت از بیماری که HIV مثبت است مراقبت کنند. یکی از پرستاران که وظیفهٔ نگهداری از نوزاد ۸ ماههٔ بیمار را نیز بر عهده دارد، از این کار امتناع می‌ورزد چون می‌ترسد بیماری به نوزاد هم منتقل شود. سایر پرستاران می‌گویند که او باید در نوبت خود از بیمار مراقبت کند چون هیچیک از آنان تمایلی به انجام این کار ندارند. آیا یک پرستار همیشه می‌تواند امتناع از مراقبت بیمار را توجیه کند؟

کشمکش‌درونی بر سر استفاده از فناوریهای مناسب

زنی که دچار نازایی است نظر شما را پیرامون حاملگی خارج رحمی جویا می‌شود. وی اظهار می‌دارد که «مستأصل شده‌ام. نمی‌دانم چگونه برای همسر و فامیل همسرم فرزندی به دنیا بیاورم» اما در عین حال نسبت به کل فرایند حاملگی خارج رحمی دچار تردید است و می‌گوید «در جایی خوانده‌ام، زن و شوهری از هم جدا شده‌اند در حالی که ۷ جنین منجمد از آنان باقی مانده است. فکر می‌کنم من هم همین سرنوشت را داشته باشم، تصور کنید که من ۷ بچه در یخ داشته باشم.»

پرستاران و پزشکان

موقعیت پرستار و پزشک نیز می‌تواند سبب شود که پرستار از نظر اخلاقی تحت فشار قرار گیرد. از جمله مشکلات رایج می‌توان به این موارد اشاره کرد: عدم توافق بر سر رژیم‌درمانی برنامه‌ریزی شده، اختلاف نظر در رابطه با حوزهٔ عمل پرستار و بی‌کفایتی پزشک.

عدم توافق بر سر رژیم درمانی برنامه‌ریزی شده

در آسایشگاه سالمندانی که شما در آنجا کار می‌کنید، هر بیماری که کاهش وزن قابل توجهی داشته باشد (بیش از ۱۰٪ وزن معمول بدن) حتماً توسط مجموعه‌ای کامل از آزمایشهای تعیین شده مورد بررسی قرار می‌گیرد (نظیر سری کامل آزمایشهای مربوط به دستگاه گوارش) تا بدین ترتیب مشخص شود آیا علل جسمی موجب بروز کاهش وزن بوده‌اند (مثلاً یک تومور) یا نه. شما با انجام این آزمایشها برای یکی از بیماران به شدت مخالفت می‌کنید چرا که می‌دانید وی به وضوح قصد خود را برای مردن اعلام کرده و به عنوان تنها راهی که می‌تواند انجام دهد، گرسنه نگهداشتن خود را انتخاب نموده است. مسئول خدمات پزشکی اصرار می‌ورزد که آزمایشهای تشخیصی برای بیمار انجام گیرد چون سابقهٔ طولانی از نارضایتی خانوادهٔ بیمار نسبت به تسهیلات مراقبتی این مرکز وجود دارد و او می‌خواهد به این ترتیب از بروز نارضایتی بیشتر جلوگیری کند. آیا شما می‌توانید مسئولیت آماده‌سازی بیمار را جهت انجام آزمایشات تشخیصی و برنامه‌ریزی آنها بپذیرید؟ آیا دلیل یا بهانه‌ای برای امتناع از شرکت در این کار وجود دارد؟

اختلاف نظر در رابطه با حوزهٔ عمل پرستار

زن جوانی نیازمند عمل جراحی برای کولستومی دائمی می‌باشد. وی به پرستار می‌گوید که می‌ترسد و این مسئله مایهٔ نگرانی وی شده است. پرستار تشخیص می‌دهد حضور یکی از کارمندان جوان درمان کنندهٔ انتروستومی‌ها که خود نیز کولستومی شده تا حد زیادی برای این بیمار سودمند خواهد بود. وقتی پیشنهاد خود را به اطلاع جراح می‌رساند، او اظهار می‌دارد که آموزشها و مشاوره‌های لازم را برای این بیمار انجام داده و اعتقادی به حضور فرد مذکور ندارد و به پرستار خاطرنشان می‌کند که وظیفهٔ او در اینجا انجام دستورات جراح است. آیا توصیه به حضور فرد مذکور خارج از حوزهٔ عمل پرستار است؟ آیا ارایه این پیشنهاد جزو تعهدات و وظایف پرستار به شمار می‌آید؟

انجام اقدامات غیر حرفه‌ای، غیر قانونی، غیر اخلاقی و فاقد صلاحیت توسط پزشک

پرستاری که در اتاق عمل کار می‌کند متوجه می‌شود یکی از پزشکان جراح کودکان چندین سال سابقهٔ کار دارد و جراحی‌های بی نظیر و فوق‌العاده‌ای را انجام داده در خلال جراحی از تمرکز حواس کافی برخوردار نیست و بیشتر از حد معمول اشتباه می‌کند. شایعاتی وجود دارد مبنی بر این که پزشک پس از جدایی از همسرش، از کوکائین استفاده می‌کند. والدین یکی از کودکان که از پیشرفت موجود در فرزند خود ناراضی هستند نظر پرستار را راجع به این جراح جویا می‌شوند. آیا پرستار باید نظرات شخصی خود را ابراز دارد؟ آیا پرستار وظیفه دارد مسئله را به مراجع ذیصلاح بیمارستان جهت بررسی بیشتر گزارش کند؟

مشکلات اخلاقی پرستار با پرستاران دیگر

دشوارترین مسائل اخلاقی که پرستاران با آنها مواجه می‌شوند از روابط میان پرستار با پرستاران دیگر نشأت می‌گیرند. در این گونه وضعیت‌ها، روابط دوستانه مسئله را پیچیده‌تر می‌سازد. مشکلات پدید آمده شامل: اظهار وفاداری، و بی‌کفایتی پرستار می‌باشند.

اظهار وفاداری

پرستار شیفت شب به سایر پرستاران بخش می‌گوید: «من بیماران را کنترل کردم حال همه خوب است. لطفاً یک ساعت به جای من مسئولیت را قبول کنید تا من بخوابم چون روز بسیار بدی داشته‌ام» وی فراموش می‌کند به پرستاران دیگر بگوید که یکی از بیماران نیازمند مراقبت ویژه است. بیمار به نحوی غیر منتظره هنگامی که پرستار در خواب است می‌میرد. وقتی وی از خواب بیدار می‌شود و پی به ماجرا می‌برد، از سایر پرستاران یا به عبارتی دوستان خود می‌خواهد که به کسی نگویند او خواب بوده است و اظهار می‌دارد که «آن بیمار در هر حال رو به مرگ بود.»

انجام اقداماتی غیر حرفه‌ای، غیر قانونی، غیر اخلاقی و فاقد صلاحیت توسط پرستار

زمانی که راند صبح را انجام می‌دهید، بیماری اظهار می‌دارد که یکی از پرستاران شیفت شب بدن وی را نوازش داده و پیشنهادات غیر اخلاقی مطرح نموده است. حدس می‌زنید که بیمار احتمالاً می‌خواهد دردسر ایجاد کند و چون به پرستار مورد نظر علاقه دارید، به سختی می‌توانید گفته‌های بیمار را باور کنید. چه باید انجام دهید؟

پرستاران و خط مشی‌های عمومی و بیمارستانی

با افزایش مسئولیت پرستاران جهت تصمیم‌گیری در کلیهٔ سطوح مراقبتی، عرضهٔ خط مشی‌های عمومی و بیمارستانی نیز به نوبهٔ خود منجربه ایجاد معضلاتی منحصربه فرد می‌گردند. سه نمونه از این مشکلات که در حال وجود دارند عبارتند از: کمبود پرسنل، آغاز حرکت‌های مخالف، محدودیت‌های مراقبت‌های بهداشتی.

کمبود پرسنل و آغاز حرکتهای مخالف

تجدید سازمانی که در بخش صورت گرفته، کمبود پرسنل را به مشکل جدی بدل کرده است. شما معتقدید تنها همین دلیل ساده که پرسنل کافی برای ارایه مراقبت‌های اصولی و مفید وجود ندارد، می‌تواند جان بسیاری از بیماران را به خطر اندازد. برخی پرستاران در مورد تشکیل یک اتحادیه و اعتصاب صحبت می‌کنند. چون این بیمارستان، تنها بیمارستان اصلی در یک منطقهٔ روستایی است، لذا اطمینان ندارید که اعتصاب امری اخلاقی و قانونی باشد. از آنجا که تلاش‌های مکرر جهت تشکیل جلسه‌ای با مدیریت بیمارستان به منظور طرح مشکلات با شکست مواجه شده، شما نیز تصمیم می‌گیرید علیرغم نگرانی در این باره با جمع همراه شوید. برادرتان نیز برای روزنامهٔ محلی کار می‌کند و تقریباً مطمئنید که وی تمایل دارد موقعیت بیمارستان را در مقاله‌ای چاپ کند. حال چه باید انجام دهید؟

محدودیت‌های مراقبت‌های بهداشتی

در ایالات متحده بیش از ۴۳ میلیون نفر فاقد بیمه بوده یا شرایط لازم برای قرار گرفتن تحت پوشش‌های بیمه‌ای را ندارند. در نتیجه برای دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی با محدودیت روبرو هستند. پیرامون این مسئله که آیا هر فرد حق برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی مقدماتی و حرفه‌ای را دارد یا نه، کماکان

بحث و گفتگو ادامه دارد. طرحی جهت محدود نمودن مراقبت‌های بهداشتی وجود دارد که به موجب آن امکانات موجود برای افراد پیر، فقیر و اشخاص دچار بیماری لاعلاج، همچنین اشخاصی که از نظر بسیاری از مردم، ارزش اجتماعی چندانی ندارند، کاهش می‌یابد. چه تعهدات اخلاقی در رابطه با این مباحث وجود دارد؟ چگونه می‌توانید مطمئن باشید که نظر شما و کلاً دیدگاههای پرستاری مورد توجه قرار خواهند گرفت.

اعتقادات اخلاقی و فردی پرستاران و اصول اخلاقی شغلی یا بیمارستانی

پرستاران گاهی اوقات در رابطه با اصول اخلاقی فردی خود با چالش مواجه می‌شوند چون انجام اقداماتی که آنها معتقدند باید در برخی شرایط ویژه صورت پذیرد از طریق اصول اخلاقی تعیین شدهٔ شغلی یا مکانی که در آنجا استخدام شده‌اند، ممنوع اعلام شده است.

موضوعات مربوط به آغاز زندگی

شما پرستار مسئول بهداشت ذهنی و روانی در بیمارستانی هستید که وابسته به مذهب کاتولیک است و دستورالعمل‌های اخلاقی و مذهبی در این بیمارستان، سقط و انجام هرگونه مشاوره پیرامون سقط را ممنوع می‌سازد. زن جوانی که به تازگی به دلیل ابتلا به اختلال دوقطبی در این بیمارستان بستری شده در سه ماههٔ اول یک حاملگی ناخواسته قرار دارد و از طرفی نسبت به ادامهٔ حاملگی بسیار مردد است. شما به شخصه معتقدید که بنا به تعهدات اخلاقی‌تان باید مسئله سقط را به عنوان یک راه حل با بیمار مطرح سازید و در صورت تمایل او به انجام سقط، وی را به مرکزی خارج از این بیمارستان ارجاع دهید. سرپرستار به شما می‌گوید این تصمیم انتخاب مناسب و بجا در محدودهٔ این بیمارستان نیست.

موضوعات مربوط به پایان زندگی

شما پرستار کنترل موردی در رابطه با زنی هستید که سابقهٔ سرطان پستان داشته و سرطان او پس از ۷ سال مجدداً عود کرده است (متاستاز به نخاع) وقتی برای ملاقات او به خانه‌اش می‌روید وی کراراً به شما اظهار می‌دارد که نمی‌خواهد با هیچ چیزی مبارزه کند بلکه تمایل دارد با احترام و در حالی که هنوز بر روی خود کنترل دارد زندگی را وداع گوید و تقاضا می‌نماید که چیزی به او بدهید تا «قبل از بدتر شدن درد مرا یکباره و برای همیشه به خواب ابدی فرو ببرد». اعتقاد شما بر این است که تقاضا نه از روی افسردگی بلکه از روی صداقت مطرح می‌شود و حقیقتاً باور دارید، برای بیمار چشم پوشی از مراحل آخر بیماریش بهتر خواهد بود. از طرفی طبق عقاید مذهبی‌تان کمک به خودکشی تحت هر شرایطی نادرست می‌باشد. به علاوه انجمن پرستاری آمریکا، در بیانیه‌ای اعلام داشته که کمک به خودکشی مغایر با اصول اخلاقی پرستاری است. چگونه می‌توانید تمایل خود را مبنی بر کمک به بیمار، با نظام‌نامهٔ اخلاقی شغلی و اعتقادات مذهبی‌تان که نشان می‌دهند خواستهٔ بیمار نادرست است منطبق سازید؟

پرستاران و کمیته‌های پیگیر مشکلات اخلاقی

با افزایش تعداد مراکز مراقبت‌های بهداشتی، کمیته‌های پیگیر مشکلات اخلاقی نیز شکل گرفتند که وظایف اصلی آنها آموزش، تعیین خط مشی، بازبینی پرونده و مشاوره می‌باشد. بعضی کمیته‌ها، مشکلات اخلاقی بالینی را بررسی می‌کنند و برخی دیگر به حل مشکلات اخلاقی سازمانی می‌پردازند. این کمیته‌ها، منحصراً آماده روبرو شدن با پیچیدگی‌های مراقبت‌های بهداشتی مدرن می‌باشند چون اعضای آن از میان شاخه‌های تخصصی مختلف انتخاب می‌شوند و در نتیجه محیطی برای تبادل نظر پدید می‌آید که در آن نظرات مخالف را می‌توان بدون ترس از عواقب و پیامدهای بعدی مطرح نمود. نظرات پرستاران در این کمیته از اهمیت خاصی برخوردار است. وقتی مسائل و مشکلات بالینی مورد بررسی قرار می‌گیرند، پرستاران می‌توانند کمک کنند تا از درک حقایق تکنیکی اطمینان حاصل گردد، تصمیم‌گیرندگان لایق تعیین شوند، تمایلات و نیازهای کلی و طبی بیمار مشخص گردد و عملکردهای انتخاب شده از میان متغیرهای مختلف با کمک اصول و ضوابط اخلاقی توجیه شوند. پیشینهٔ قوی پرستاران در برقراری روابط بین فردی این امکان را فراهم آورد تا آنها بتوانند اطلاعات منحصربه‌فرد خود را در رابطه با بیمار و خانواده در اختیار جلسات کمیته قرار دهند و پویایی گروه را در کمیتهٔ پیگیر اصول اخلاقی موجب شوند.

پرستاران در تعیین خط مشی‌ها هم نقش مهمی ایفاء می‌نمایند. آنها همچنین قادر به شناسایی خط مشی‌هایی هستند که برای تشخیص آن دسته از مشکلات اخلاقی که امکان تکرارشان وجود دارد، ضروری می‌باشند. همچنین می‌توانند برای اصلاح خط مشی‌های موجود، پیشنهاداتی را ارایه دهند.

حمایت از بیمار در عرصهٔ فعالیت‌های پرستاری

از آنجا که پرستاران پل ارتباطی مابین بیماران آسیب‌پذیر و منابع مورد نیاز آنها جهت کسب برآیندهای بهداشتی هستند، لذا همواره به عنوان حامی و مدافع قدرتمند بیمار مطرح می‌باشند.

حمایت، در واقع محافظت و دفاع از حقوق فردی دیگر می‌باشد. این نقش امروزه اهمیت فزاینده‌ای یافته است چرا که انتظارات و توقعات بیماران تغییر کرده و عموم مردم یاد گرفته‌اند که در اقتصاد بازارگونهٔ مراقبت‌های بهداشتی هیچ تضمینی برای تأمین ایمنی و سلامت همه وجود ندارد.

پرستارانی که برای حمایت از بیماران ارزش قائلند:

- باید اطمینان حاصل نمایند که وفاداری‌شان نسبت به همکاران یا مؤسسه‌ای که در آن کار می‌کنند به تعهدات اولیه‌ای که در رابطه با بیمار دارند لطمه‌ای وارد نمی‌کند.
- باید مصلحت فردی بیمار را برای مصلحت کل جامعه ارجح بدانند.
- باید تضاد میان حق آزادی عمل بیمار (خودمختاری) و حق تندرستی بیمار را به دقت ارزیابی کنند.

با احترام گذاشتن به اصل آزادی عمل، پرستار قاعدتاً برای حقوق بیمار در امر تصمیم‌گیری نیز احترام قائل بوده و از آن حمایت می‌نماید. کسب رضایت از بیمار در فصل ۷ توضیح داده شده است. در راستای ارتقای وضعیت سلامت بیمار، پرستار به بهترین نحوی تلاش می‌کند تا در جهت منافع بیمار گام بردارد. ایده‌آل آن است که در روابط متقابل پرستار و بیمار هم آزادی عمل و هم تندرستی بیمار تقویت شود هرچند که ممکن است گاهی تضادهایی نیز بروز نماید.

به عنوان مثال، وقتی آقای ژانگ (مرد ۳۲ ساله‌ای که در ابتدای فصل معرفی شد) درخواست می‌کند تا ونتیلاتور را قطع کنند، اصل خودمختاری، احترام به اولویت‌های بیمار را مطرح می‌سازد و همزمان، اصل عدم آسیب‌رسانی، ما را متعهد می‌نماید تا از آسیبی که احتمالاً منجربه مرگ بیمار می‌شود جلوگیری به عمل آوریم. پرستارانی که نسبت به هر دو مسئلهٔ تندرستی و خودمختاری بیمار حساس هستند، اغلب نوعی تضاد را تجربه می‌کنند، اما بیشتر از پرستاران دیگر در تأمین‌علایق واقعی‌بیمار موفق هستند.

ایفای نقش به عنوان نمایندهٔ بیمار

اکثر پرستاران بر این مسئله اتفاق نظر دارند که بیشتر وقت آنها به معرفی علایق و تمایلات بیماران یا راهنمایی بیماران جهت دفاع از حقوقشان سپری می‌شود. پرستار، اغلب اوقات به عنوان واسطه یا میانجی بین بیمار و خانواده عمل می‌کند، بخصوص زمانی که بیمار و خانواده در رابطه با کنترل موقعیت‌های مختلف مربوط به مراقبت‌های بهداشتی با هم اختلاف نظر دارند (شکل ۱ـ۶). به عنوان مثال، ممکن است بیماری که در حال سپری



شکل ۱ـ۶. پرستار با بحث و گفتگو با اعضای خانواده پیرامون تمامی ابعاد مراقبت‌های بهداشتی از بیمار، نقش حامی و مدافع بیمار را ایفا می‌کند.

کردن مراحل پایانی سرطان است تمایل داشته باشد. برای مردن به خانه بازگردد و این مسئله را به پرستارش خاطرنشان کند. اما، خانوادهٔ بیمار اظهار دارند که نمی‌توانند در خانه از بیمار مراقبت به عمل آورند. در چنین موقعیتی، پرستار باید حقوق بیمار و خانواده را شناسایی کند، سپس به آنها دریافتن راه حلی که به نفع هردوی آنهاست کمک نماید. پرستار می‌تواند با ارایه اطلاعات به خانواده پیرامون سرویسهای خدماتی موجود در زمینهٔ مراقبت در خانه و مراقبت‌های آسایشگاهی، به آنها آگاهی دهد که چگونه حق بیمار را مبنی بر داشتن مرگ توأم با احترام ادا نمایند. اکثر افرادی که فقط خودشان کار می‌کنند نمی‌توانند از عهدهٔ هزینه‌های مالی چنین مراقبتهایی برآیند. لذا پرستاران برای کمک به آنها باید منابع تأمین کنندهٔ هزینه‌های مالی موجود در جامعه را معرفی نموده یا آنها را به دیگر مراقبین بهداشتی نظیر مددکاران اجتماعی ارجاع دهند.

پرستاران می‌توانند به عنوان واسطهٔ میان بیماران و متخصصین پزشکی نیز عمل کنند. پاتریشیا مورفی[1]، که یک پرستار اخلاق گراست، در سال ۱۹۹۰، جریانی را ثبت کرد که در آن پرستاران نقش میانجی زن ۴۳ سالهٔ مبتلا به تصلب آمیوتروفی جانبی[2] را ایفاء کرده بودند، زنی که می‌خواست با قطع دستگاه ونتیلاتور به زندگی وی خاتمه دهند. پزشکان اولیهٔ بیمار از قطع دستگاه ونتیلاتور امتناع ورزیدند و بیش از ۲۰ پزشک دیگر نیز وقتی از خواستهٔ وی مطلع شدند از پذیرش حق او به عنوان بیمار سر باز زدند. پس از آن که تقاضای بیمار برای کمک، از سوی وکیل و انجمن پزشکی استان رد شد، پرستار

1- Patricia Murphy

2- Amyoutrophic lateral sclerosis

مسئول ملاقات با بیمار با همکاری مددکار اجتماعی، با انجمن پرستاری ایالت تماس گرفتند و سرانجام بیمار توانست به هدف خود مبنی بر داشتن مرگ توأم با افتخار دست یابد.

بیماران دارای نیازهای حمایتی خاص عبارتند از: بیمارانی که از حقوق و فرصت‌های خود آگاهی ندارند، بیماران دچار اختلالات حسی، بیمارانی که انگلیسی بلد نیستند یا خوب صحبت نمی‌کنند، بیماران بسیار جوان یا سالمند، افرادی که به شدت بیمار هستند، بیماران دچار اختلال روحی یا ذهنی، بیماران مبتلا به ناتوانی‌های فیزیکی و بیمارانی که از منابع مالی یا انسانی کافی بهره‌مند نیستند.

آقای راینز، مرد ۶۸ ساله‌ای که در ابتدای فصل توضیح داده شد را در نظر بگیرید. آگاهی از نیازهای خاص وی در تدوین طرح مراقبتی ویژهٔ ترخیص بسیار مهم و حیاتی می‌باشد.

پیشبرد خود مختاری بیمار

حمایت و دفاع از بیمار با این عقیده در ارتباط است که گزینش انتخاب‌های موجود در رابطه با سلامتی، حق ابتدایی همهٔ انسان‌ها بوده و به ارتقای تندرستی و شأن انسانی افراد کمک می‌کند. دوراهی‌ها یا تنگناهای اخلاقی زمانی بوجود می‌آیند که افراد نتوانند یا نخواهند به گزینش انتخاب‌های موجود بپردازند یا فرصت این کار به آنها داده نشود. ارتباطات نادرست میان بیماران، اعضای خانواده و مراقبین اغلب به پیدایش این تنگناهای اخلاقی کمک می‌کنند. پرستاران در آموزش به عموم مردم پیرامون ارزش وصیت‌نامه و رهنمودهای مکتوب بیمار پیش از مرگ، نقش حمایت کنندهٔ حائز اهمیتی ایفاء می‌کنند.

پرستاران به عنوان حامی یا مدافع بیمار نباید به انجام تصمیم گیریهای اخلاقی برای بیماران خود اقدام کنند بلکه باید شرایط را برای این گونه تصمیم‌گیریها تسهیل نمایند. پرستاران باید یافته‌ها را برای بیماران تعبیر و تفسیر نمایند، به آنها در مورد جنبه‌های مختلفی که باید در نظر گرفته شوند، اطلاعات لازم را ارایه کنند، به آنها در بیان و سازماندهی احساساتشان کمک نمایند، افرادی را که باید در تصمیم‌گیری بیمار دخالت کنند (خانواده، پزشک، پرستار اولیه و کشیش) فراخوانند و به بیماران در بررسی تمام انتخاب‌های مرتبط با باورهایشان کمک کنند. بدین ترتیب، پرستاران می‌توانند از حقوق بیماران خود در زمینهٔ تصمیم‌گیریهای مرتبط با سلامتی دفاع به عمل آورند. البته بیمارانی هم هستند که تمایلی برای تصمیم‌گیری در زمینهٔ روشهای درمانی خود ندارند، در این گونه موارد نباید با مجبور ساختن آنها به این امر، نفس خود مختاری را لوث نمود. گاهی اوقات پرستاری در حکم حامی بیمار به وی کمک می‌کند تا تصمیم‌گیری را به فردی که به او اعتماد دارد واگذار نماید. بعلاوه پرستاری که ادعا می‌کند حامی و مدافع بیمار است، باید به دقت معنای حمایت و دفاع از بیمار را مشخص سازد، چون در اکثر موارد، حمایت از تمامی اولویت‌ها و تمایلات بیمار آسان نیست. به عنوان مثال، اگر بیماری در مراحل اولیهٔ بیماری آلزایمر و تحت حمایت همسرش باشد و از پرستار تقاضا کند به زندگی وی خاتمه دهد، پرستار دلایل اخلاقی قوی برای رد حمایت از خواستهٔ بیمار خواهد داشت.

فعالیت در زمینهٔ سیاستگزاری

بحث حمایت و دفاع از بیمار بدون تداوم رأی و نفوذ پرستاران در عرصهٔ سیاستگزاری برای افرادی چون بی‌خانمان‌ها، اقلیت‌ها، زنان و کودکان، کامل نمی‌شود، چرا که حقوق این افراد در سیستم کنونی مراقبت بهداشتی به خوبی رعایت نمی‌گردد. از آنجا که در حال حاضر مشارکت دولت در ارایه خدمات بهداشتی و تأمین هزینه‌های خدمات مراقبتی بیشتر شده است و در برنامه‌های سهمیه‌بندی، سن و متغیرهای دیگر به عنوان معیارهایی برای محدود کردن مراقبت‌ها در نظر گرفته شده‌اند، لذا پرستاران باید بیش از گذشته برای تأمین نیازهای بهداشتی افرادی که قدرت دریافت خدمات را ندارند فعالیت کنند و به نقش خود به عنوان حامی بیمار ادامه دهند. پرستاران، جزو رأی‌دهندگان قدرتمندی هستند که می‌توانند بر قوانین مراقبت‌های بهداشتی تأثیرگذارند.

■ توسعه مهارتهای تفکر انتقادی

۱ـ دانشجویان برای انتخاب رشتهٔ پرستاری دارای ارزشهای متفاوتی هستند. تمایل به کمک به دیگران، علاقه به پول، داشتن شغلی که از طریق آن بتوان در هر کجا و در هر زمان کار کرد، تعهد جهت تأمین تندرستی فرزندان، علاقه به علوم و فن‌آوری و احترام به خواستهٔ والدین، همگی جزو ارزشهایی هستند که فرد را جهت انتخاب رشتهٔ پرستاری به عنوان یک شغل هدایت می‌کنند.

- با همکلاسی‌های خود صحبت کنید و ارزش مورد نظر هر کدام را برای پیوستن به رشتهٔ پرستاری مشخص نمایید. اگر یکی از همکلاسی‌ها بیش از یک ارزش بیان نمود، از وی بخواهید ارزشها را طبق اهمیت دسته‌بندی کند سپس به مقایسهٔ لیست‌های تهیه شده بپردازد.
- پیرامون این مطلب که کدام ارزش (اگر وجود داشته باشد) به

عنوان بهترین انگیزه برای حرفهٔ پرستاری محسوب می‌شود، بحث و گفتگو نمایید. آیا ارزشهای خاصی وجود دارند که با حرفهٔ پرستاری مغایر باشند و آیا انتخاب این ارزشها دلیلی برای رد داوطلبین این رشته خواهد بود؟

● قضاوت کنید که تا چه حد ارزشهای شخصیتان می‌تواند شما را آماده برای رشتهٔ پرستاری نماید. آیا نیازی به اصلاح و تعدیل برخی از آنها هست؟

۲ـ فهرستی تهیه نموده و در آن کلیهٔ ارزشهایی را که به طور مثبت و منفی بر توانایی فرد جهت کاهش وزن تأثیر می‌گذارند ذکر کنید. سپس بیندیشید که چگونه می‌توان از این اطلاعات هنگام مشاوره با بیمار دچار چاقی استفاده کرد.

۳ـ یکی از دانشجویان به شما می‌گوید: «شخصیتی که من خارج از دانشگاه دارم ربطی به کسی ندارد و بر فعالیت‌های پرستاری‌ام نیز تأثیری نخواهد داشت.» آیا با این گفته موافقید؟ چرا؟ در صورت عدم موافقت دلایل خود را بیان دارید.

۴ـ یکی از مشکلات اخلاقی رایج را انتخاب کنید (کمک به خودکشی، بارداری‌های غیر طبیعی، نحوهٔ واگذار کردن اندامهای کمیاب جهت پیوند، حق افراد جهت استفاده از مراقبت‌های بهداشتی) سپس برای بررسی عقاید همکلاسی‌های خود اقدام به نظر سنجی نمایید. این نکته را منعکس کنید که چه عللی موجب می‌شود تا افراد نسبت به آنچه از نظر اخلاقی درست محسوب می‌گردد، به نتایج متفاوتی دست یابند. چگونه می‌توانید حین مواجه شدن با تضادی اخلاقی در رابطه با شغلتان، از این اطلاعات استفاده کنید؟



■ تمرین برای NCLEX

۱ـ برای یک کودک ۵ ساله به دلیل ابتلاء به دیابت، رژیم غذایی خاص تعیین شده است. والدین این کودک از وی می‌خواهند برای عادات غذایی خوب ارزش قایل شود و تصمیم می‌گیرند در صورت امتناع وی از خوردن غذاهای موجود در رژیم غذایی او را از دیدن برنامه‌های تلویزیونی مورد علاقه‌اش محروم سازند. این نمونه، بیانگر کدام روش انتقال ارزشهاست؟

الف) سرمشق‌گیری ب) آموزش اخلاق
ج) آزادگذاری د) تنبیه و پاداش
هـ) انتخاب توأم با احساس مسئولیت

۲ـ بهترین پاسخ حرفه‌ای به بیماری که اظهار می‌دارد «پرستاران سفیدپوست باهوش‌تر از پرستاران رنگین پوست هستند. آیا با نظر من موافقید؟» چیست؟

الف) «حق با شماست» (همیشه حق با بیمار / مشتری است)
ب) «نظر من اهمیتی ندارد. مهم چیزی است که شما به آن اعتقاد دارید.» (اعلام بی‌طرفی در برخورد با ارزش)
ج) «من معتقدم هوش ربطی به نژاد یا قومیت افراد ندارد.» (تعهد به شأن و ارزش انسانی)

۳ـ انجمن کالج‌های پرستاری آمریکا برای ارایه مراقبت‌های حرفه‌ای پرستاری در حد مطلوب، ۵ ارزش را مشخص ساخته است. کدامیک از موارد زیر به بهترین وجه عملکردی را که مطابق با اصول اخلاقی مناسب و استانداردهای پذیرفته شده است توصیف می‌نماید؟

الف) نوعدوستی ب) خودمختاری
ج) شأن انسانی د) صداقت
هـ) عدالت اجتماعی

۴ـ یک پرستار حرفه‌ای که به عدالت اجتماعی معتقد و پایبند است باید بتواند:

الف) اطلاعات درستی به بیماران و عموم مردم ارایه دهد.
ب) زمینه را برای دسترسی عموم به مراقبت‌های بهداشتی فراهم کند.
ج) با همکاری بیماران طرح مراقبتی را تدوین کند.
د) مراقبت‌ها را صادقانه و به طور دقیق ثبت نماید.

۵ـ وقتی یکی از پرستاران قدیمی از اخلاقی نبودن پرستاران جدید شکایت می‌کند، بهترین پاسخی که می‌تواند نمایانگر شناخت کاملی از رشد و تکامل اخلاقی باشد کدامیک از موارد زیر خواهد بود؟

الف) «توانایی رفتار کردن به شیوه‌ای اخلاقی باید به دقت پرورش داده شود. شاید ما به این مسئله در حد کافی توجه نشان نداده‌ایم.»
ب) «من با این مسئله موافق نیستم که پرستاران در گذشته اخلاقی‌تر از حالا بوده‌اند. ما در دورهٔ جدیدتری زندگی می‌کنیم بنابراین اصول اخلاقی نیز جدیدتر شده‌اند.»
ج) «اخلاقیات به صورت ژنتیکی به انسانها می‌رسند مثل رنگ آبی یا قهوه‌ای چشم. شاید ما فاقد آن حسهای اخلاقی باشیم که شما و نسل گذشته داشته‌اند.»
د) «شوخی نکنید! چه کسی می‌تواند در محیطی مثل محیطی که ما در آن کار می‌کنیم پایبند به اصول اخلاقی باشد!»

۶ـ پرستار بهداشت در خانه‌ای که منزل بیمار سالمندی را از نظر ایمنی به دقت بررسی می‌کند تا از آسیب‌دیدگی بیمار جلوگیری شود، مطابق با کدامیک از اصول اخلاق زیستی

عمل نموده است؟

الف) خودمختاری ب) نیکوکاری
ج) عدالت د) وفاداری
هـ) عدم آسیب‌رسانی

۷ـ پرستاری که به اصل خود مختاری بیمار پایبند است باید دقت کند:

الف) از بیماری که نیازمند تصمیم‌گیری است حمایت به عمل آورد تا وی بتواند تمایلات خود را نیز مد نظر قرار دهد و اطلاعات لازم را به او ارایه کند.
ب) با بیماران منصفانه رفتار کند و با هر کس هر طور که سزاوار او است عمل نماید.
ج) به قول خود در رابطه با بیمار یادیگر مراقبین حرفه‌ای عمل کند.
د) از آسیب رساندن به بیمار خودداری نماید.

۸ـ دوستی از شما در مورد منشور جدید حقوق پرستاران سؤال می‌کند. کدامیک از گزینه‌های زیر به طور دقیق مسائل مهم و مورد توجه تدوین کنندگان منشور حقوقی پرستاران را انعکاس می‌دهد؟

الف) منشور حقوقی پرستاران توسط آن دسته از پرستارانی تهیه شده که به خود بیشتر از بیماران اهمیت می‌دهند.
ب) منشور حقوقی پرستاران توسط اعضاء اتحادیه پرستاران تهیه شده که همواره به دنبال موضوعی برای اعتصاب هستند.
ج) منشور حقوقی پرستاران برای قدرتمند نگهداشتن پرستاران و بهبود شرایط در محیط کاری تهیه و تدوین شده است.

۹ـ جنی، خواستار انجام یک مشاورهٔ اخلاقی جهت تشریح اهداف درمان برای بیماری است که دیگر نمی‌تواند صحبت کند. وی معتقد است دوران احتضار بیمار طولانی و دردناک خواهد بود. وقتی پزشک مخصوص بیمار به جنی می‌گوید در صورت اصرار بیشتر مبنی بر انجام مشاوره یا طرح سؤال پیرامون نوع مراقبت‌ها وی را اخراج خواهد کرد، او با مشکل مواجه می‌شود. این نمونه، مثال خوبی از:

الف) بلاتکلیفی اخلاقی است.
ب) فشارهای اخلاقی است.
ج) تنگناهای اخلاقی است.

۱۰ـ پرستاران حامی و مدافع بیمار اغلب گرفتار نوعی تضاد می‌شوند، از طرفی می‌خواهند به حق بیمار مبنی بر استقلال فردی و خودمختاری احترام گذارند و از طرف دیگر تمایل دارند همه چیز را در ید قدرت خود داشته باشند تا به بهترین وجه تمایلات بیمار برآورده شود. بهترین دستور عمل برای وضعیت‌هایی مشابه این چیست؟

الف) قانون و مقررات بیمار! «این زندگی متعلق به من است»
ب) قانون و مقررات پرستار! «ممکن است این زندگی متعلق به شما باشد اما در این مورد چون از آگاهی کافی برخوردار نیستید پس حق انتخاب ندارید.»
ج) حین مواجه شدن با تضادهایی از این نوع، باید فواید و مضرات هر گزینه را سنجید و سپس عاقلانه انتخاب کرد.



■ پاسخنامه با دلایل

۱ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «د» است. وقتی برای انتقال ارزشها از روش تنبیه و پاداش استفاده می‌گردد. کودکان در صورت اجرای عملی ارزش‌های غیر قابل قبول، از سوی والدین تنبیه می‌شوند و در صورت اجرای ارزشهای قابل قبول به آنها پاداش داده می‌شود.

۲ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است. اگرچه اعلام بی‌طرفی در رابطه با یک ارزش، پرستار را ملزم می‌سازد تا کماکان از بیمار مراقبت به عمل آورد حتی اگر با آن ارزش هم عقیده نباشد، اما در عین حال پرستار نباید به خاطر خوشایند بیمار، پایبندی به اصول اخلاقی را زیر پا نهد یا ارزشها و باورهای خود را به خطر اندازد.

۳ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «د» است. انجمن کالج‌های پرستاری آمریکا، صداقت را عمل کردن مطابق با اصول اخلاقی مناسب و استانداردهای پذیرفته شده توصیف می‌کند.

۴ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ب» است. انجمن کالج‌های پرستاری آمریکا، دستیابی همگانی به مراقبت‌های بهداشتی را نمونه‌ای از عدالت اجتماعی می‌داند. تدوین برنامهٔ مراقبتی با همکاری بیمار به اصل خود مختاری مربوط می‌شود و ارایه اطلاعات درست و ثبت دقیق مراقبت‌ها نیز جزو اصل صداقت به شمار می‌آیند.

۵ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «الف» است. توانایی اخلاقی بودن، تصمیم گرفتن و عمل کردن به شیوه‌ای موجه از نظر اخلاقی، همگی در دوران کودکی شکل می‌گیرند و بتدریج تکامل می‌یابند.

۶ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «هـ» است. اصل عدم آسیب رسانی بنا به تعریف تعهد نسبت به جلوگیری از آسیب‌دیدگی بیمار است. در اصل خودمختاری، به حق افراد دیگر در زمینهٔ تصمیم‌گیری احترام گذاشته می‌شود. اصل نیکوکاری، فایده رساندن به دیگران است، عدالت ما را به عملکرد منصفانه موظف می‌سازد و وفاداری ما را متعهد می‌کند تا به قولمان پایبند باشیم.

۷ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «الف» است. بنا به اصل خودمختاری باید به بیماران اطلاعات داده و از آنها و نمایندگانشان حمایت به عمل آوریم تا مطابق با خواسته‌هایشان به اتخاذ تصمیم بپردازند.

۸ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است. تدوین کنندگان منشور حقوقی پرستاران تحصیلکرده در واقع حمایت و دفاع از پرستاران و بهبود شرایط محیطهای کاری را مد نظر داشته‌اند تا اطمینان یابند پرستاران به آنچه که برای ارایه مراقبت‌های ایمن و با کیفیت از بیمار لازم دارند دست می‌یابند. این که پرستاران تدوین کنندهٔ منشور حقوقی پرستاران، به خود بیشتر از بیماران اهمیت می‌دهند (الف)، یا دنبال موضوعی برای اعتصاب هستند (ب) درست نیست.

۹ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ب» است. فشارهای اخلاقی زمانی بوجود می‌آیند که فرد از حق انجام کاری آگاه باشد اما به دلیل محدودیت‌ها یا شرایط موجود انجام آن کار برایش غیر ممکن باشد (در این نمونه، ترس از بیکار شدن) بلاتکلیفی اخلاقی (الف) وضعیتی است که در آن فرد می‌داند مشکلی وجود دارد اما نمی‌داند این مشکل، اخلاقی است. تنگناها یا دوراهی‌های اخلاقی هنگامی بوجود می‌آیند که اصول اخلاق زیستی دو یا چند عملکرد متناقض را موجه بدانند.

۱۰ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است. نه احترام به بیمار و حمایت از تمایلات و خواسته‌های بیمار (الف) و نه نادیده گرفتن تمایلات بیمار به منظور دستیابی به فواید پزشکی (ب) هیچکدام، دیگر ملاحظات را تحت‌الشعاع قرار نمی‌دهند. وقتی پرستار نتواند دو اقدام را به طور همزمان انجام دهد باید به دقت فواید و خطرات آنها را سنجیده و عاقلانه یکی را انتخاب کند.

فصل ۷

مسائل قانونی در حرفه پرستاری

فریبا بلورچی فرد



Ramone scott آقای ۶۶ ساله‌ای که به منظور ترمیم شکستگی لگن تحت عمل جراحی قرار گرفته است. او یک دوز آنتی‌بیوتیک وریدی که برای بیماری دیگری تجویز می‌شود را دریافت کرده است.



Meredith Bedford مادر کودک بیماری است که با مرگ فاصله چندانی ندارد. او به منظور مراقبت‌های درمانی تسکینی در بخش انکولوژی کودکان بستری شده است. یک روز صبح او به سمت ایستگاه پرستاری رفت و با حالتی قاطع و جدی ابراز کرد «در رابطه با برنامه‌های مراقبتی که پسرم دریافت می‌کند رضایت ندارم و هرچه زودتر می‌خواهم علیه بیمارستان به وکیلم شکایت کنم.»



Ella Rodriguez دختر ۸ ساله‌ای که با شکستگی ساعد راست به بخش اورژانس مراجعه کرده است. او جهت فرایند بازسازی (Reduction) بسته نیاز به دریافت دیازپام مسکن (والیوم) دارد. پزشک بالینی پروتکل درمانی در رابطه با وضعیت کودک را از میان تمامی فرایندهای تسکینی مشخص کند. او به پرستار اعلام کرد که پروتکل تسکینی را شروع کند و ابراز کرد که او ۱۰ دقیقه دیگر به اتاق برمی‌گردد.

❖ تمرکز بر مهارتهای ترکیبی

انواع مهارت‌های تلفیقی پرستاری که شما جهت پاسخ گویی به caseهای مختلف به آن نیاز دارید شامل:

مهارتهای شناختی

- آگاهی از قانون و منابع این قوانین
- توانایی تلفیق آگاهی از استانداردها و دادن اختیار (اعتبار) به فعالیت‌های پرستاری
- آگاهی از چگونگی فعالیت‌های پرستاری در چارچوب رفتارهای قابل دفاع قانونی
- توانایی مشخص کردن حیطه‌های بالقوه مسئولیت پرستاری
- آگاهی از چگونگی ثبت گزارش یک رویداد (یا ناسازگاری)
- آگاهی از اجزاء مسئولیت و چگونگی دادخواهی تخلفات
- آگاهی از حراست‌های قانونی از پرستاران

مهارت‌های تکنیکی

- توانایی تأمین تکنیک‌های اساسی پرستاری به منظور رفع نیازهای بیمارانی که مراقبت آنها به شما واگذار شده است.
- توانایی کاربرد سیستمها و ابزارهای ثبت گزارش پرستاری
- توانایی تطابق با تکنیک‌های کمک‌رسانی پرستاری برای بیماران در سطوح مختلف سنی از قبیل افراد مسن، مادری که فرزندش با مرگ دست و پنجه نرم می‌کند، و یک کودک
- توانایی کاربرد صحیح، با صلاحیت (اصولی) و ایمن تجهیزات در هنگام اجرای برنامه مراقبتی بیمار
- توانایی پاسخگویی یا کمک رسانی ضروری در هنگام انجام پروسیجرهای پیچیده یا جدید و یا در هنگام رویارویی با موقعیت‌های جدید

مهارت‌های اجتماعی

- توانایی ایجاد اعتماد و ارتباط حرفه‌ای میان پرستار ـ بیمار و پرستار ـ همکار
- ابراز درستی و راستگویی در کلیه فعالیت‌ها شامل ارتباط با بیمار، خانواده بیمار و دیگر اعضای تیم درمانی
- توانایی ابراز احترام به بیمار و شأن خانواده بیمار در زمان اجرای برنامه مراقبت‌های پرستاری
- توانایی همکاری با دیگر اعضای تیم مراقبتی و به کارگیری مهارت‌های ارتباطی روشن و صحیح و حرفه‌ای

مهارت‌های اخلاقی و قانونی

- توانایی ارزیابی حیطه‌های تعهد فردی و کاربرد موارد قانونی مناسب
- توانایی شناسایی اشتباهات در فعالیت‌های فردی
- آگاهی از چگونگی برخورد با بیمار در وضعیت خطرناک از قبیل بیماری که به پروتکل‌های درمانی پاسخ نداده، و کاربرد این اطلاعات برای تغییر مؤثر
- کاربرد موارد قانونی مناسب در زمان اجرای برنامه مراقبت
- سرپرستی (کنترل) اجرای برنامه مراقبتی پرستاری با توجه به استانداردهای مراقبتی و حوزه فعالیت پرستاری

❖ برآیندهای یادگیری

پس از مطالعهٔ این فصل، فراگیر باید قادر به انجام موارد زیر باشد:

۱ـ تعریف قانون و توضیح چهار منبع آن

۲ـ توصیف قوانین و مقررات قانونی و حرفه‌ای در فعالیت‌های پرستاری

۳ـ تعیین اهداف اعتبارنامه به عنوان مثال کاربرد اعتبارگذاری، جواز یا مجوز ثبت شده و گواهی‌نامه

۴ـ تعیین دلایل معوق گذاری یا لغو مجوز

۵ـ متمایز ساختن شبه جرم‌های عمدی (حمله، ضرب و جرح، تهمت، تعرض به حریم خصوصی، توقیف غیر قانونی، فریب) و شبه جرم‌های غیر عمدی (سهل انگاری).

۶ـ ارزیابی حیطه‌های فردی مسئولیت‌های بالقوه پرستاری

۷ـ توصیف دادخواهی قانونی مدعیان علیه سهل‌انگاری پرستاری

۸ـ توصیف نقش‌های پرستار به عنوان متهم، شاهد عینی، شاهد متخصص

۹ـ کاربرد موارد قانونی مناسب در پرستاری

۱۰ـ تشریح اهداف گزارشات پرستاری

۱۱ـ توصیف تأثیرات قوانین بر روی فعالیت پرستاری

واژه‌های کلیدی

● اعتبارگذاری	accreditation	● تقلب	fraud
● حمله ـ تهدید	assault	● مسئولیت	liability
● ضرب و جرح	battery	● مجوز	licensure
● گواهی نامه	certification	● دادخواهی	litigation
● حقوق عرفی	common law	● کژکاری حرفه‌ای	malpractice
● اعتبارنامه	credentialing	● خلاف ـ بزه	misdemeanor
● جنایت	crime	● غفلت	negligence
● تهمت به فرد	defamation of character	● مدعی	plaintiff
● مدافع	defendant	● نگهبان واقعه	sentinel event
● شاهد خبره	expert witness	● قانون مدون	statutory law
● شاهد واقعی	fact witness	● شبه جرم	tort
● شرارت	felony		

همگام با رشد نقش‌ها و وظایف پرستاران، مسئولیت‌های قانونی ایشان افزایش می‌یابد. در گذشته بسیاری از پرستاران تحت نظارت پزشک کار می‌کردند و تعداد کمی مسئولیت مراقبت را به عهده داشتند. حتی اگر فعالیت پرستاران مستقیماً به بیمار صدمه وارد می‌کرد مسئولیت اولیه اقدام پرستاری به عهده مراکز اشتغال یا پزشک بود. در حال حاضر، پرستاران به صورت مستقل بررسی و تشخیص مشکلات بیمار، برنامه‌ریزی، اجراء ارزیابی اقدامات پرستاری کاملاً به عهده پرستار می‌باشد. افزایش موارد قصور مدنی و کیفری پرستاران موجب احضارشان به دادگاه جهت دفاع از خود می‌گردد.

اگرچه بسیاری از پرستاران به صورت سنتی در بیمارستان‌ها و خانه‌های سالمندان به کار خود ادامه می‌دهند تعداد زیادی از آنها به صورت غیر سنتی در مراکز اجتماعی از قبیل مراکز مراقبت در منزل، درمانگاهها مراکز مراقبت روزانه و مراکز پرستاری بهداشتی انجام وظیفه می‌نماید. پرستاران متخصص به صورت مستقل فعالیت می‌نمایند. ثبت دقیق فعالیت‌های پرستاری و پیشگیری از اتهام تخلفات هرگز به صورت حیاتی و سرنوشت‌ساز برای پرستاران مد نظر نبوده است. پرستارانی که به اجتناب از تعارضات قانونی تمایل دارند باید ارتباطی مطمئن را بین پرستار ـ بیمار ایجاد نماید (بیماران راضی بندرت شکایت می‌کنند) در حوزه صلاحیت قانونی خود فعالیت نموده و استعداد بالقوه خویش را جهت اجرای وظایف نشان می‌دهند.

مفاهیم قانونی

هم زمان با شروع فعالیت‌های حرفه‌ای، آگاهی از مسئولیت‌ها و وظایف پرستاری در چارچوب قانون الزامی است.

تعریف قانون

قانون معیار و قاعده اخلاق و رفتار است که توسط دولت وضع شده و به اجرا در می‌آید. قوانین اساساً حاوی حقوق عامه مردم است. قانون عمومی قانونی است که مستقیماً دولت را در بر می‌گیرد. این قانون ارتباط میان افراد و دولت را برقرار می‌نماید. توصیف قدرت، دولت مثالی از قانون عمومی است. قانون شخصی[۱] اصطلاحاً قانون مدنی[۲] نیز خوانده می‌شود، روابط میان افراد را مشخص می‌کند قانون مدنی شامل قوانینی است در رابطه با قراردادها، مالکیت دارائی و فعالیت‌های پرستاری، پزشکی داروئی و دندانپزشکی اعمال می‌گردند. قانون کیفری[۳] مجموعه قوانین جزائی ایالتی یا مرکزی را که معرف فعالیت‌های کیفری از قبیل قتل عمد، قتل غیر عمد، تصور جنائی، سرقت و مالکیت غیر قانونی مواد مخدر باشد، در بر می‌گیرد.

منابع قانونی

چهار منبع قوانین در سطوح مرکزی یا ایالتی وجود دارد که شامل: قانون اساسی[۴]، مجموعه قوانین[۵]، قانون اجرایی[۶]، حقوق عرفی[۷]، می‌باشند.

1- Private law
2- Civil law
3- Criminal law
4- Constitutions
5- Statutes
6- Administrative law
7- Common law

تمرینات بازتابی: چالش میان مهارتهای اخلاقی و قانونی

من در طی تابستان سال گذشته در بخش اورژانس یکی از بیمارستانهای معروف کار می‌کردم. در مجموع احساس حاکی از آن بود که فضای حاکم بر بخش اورژانس و روابط میان پزشکان و پرستاران شاغل در آن بسیار گرم و صمیمی است. اما وقوع یک حادثه باعث شد تا من احساس کنم که ایمنی و سلامت بیماران ممکن است که در معرض خطر باشد.

Ella Rodriguez دختر ۸ ساله‌ای بود که به دلیل شکستگی در ناحیه ساعد دست راست خود به بخش اورژانس بیمارستان مراجعه کرده بود. او نیاز داشت تا برای کاهش درد خود از داروی آرام‌بخش دیازپام (والیوم) بهره‌مند شود. پروتکل درمانی در زمینه کودکان حاکی از آن است که پزشک معالج بیمار می‌بایست در تمام مدت طول تزریق داروی آرام بخش در کنار بستر بیمار خویش حاضر باشد. در مورد این کودک، پزشک معالج فردی بود که مدت ۱۴ ساعت از حضورش در بخش اورژانس می‌گذشت و به عبارتی ساعات کار وی به پایان رسیده بود این پزشک به پرستار بخش دستور دارد که پروتکل داروی آرام‌بخش را آغاز نماید و اظهار داشت که ظرف مدت ۱۰ دقیقه به اتاق باز خواهد گشت. از سوی دیگر پرستار مذکور نیز که به تازگی فارغ‌التحصیل شده بود به هیچ عنوان از تنها ماندن با بیمار در چنین شرایطی احساس راحتی نمی‌کرد و از سوی دیگر نیز توان مطرح کردن این مسئله را با پزشک نداشت. با تمام این مسائل، او در اتاق باقی ماند و برخلاف دستور پروتکل درمانی اولین دوز داروی دیازپام را تزریق کرد.

این اقدام پرستار می‌توانست ایمنی و سلامت بیمار را به شدت به خطر بیاندازد. چراکه همان‌طور که بیان شد علاوه بر این که پرستار از حضور در آن شرایط به تنهایی احساس راحتی نمی‌کرد بلکه حتی برخلاف پروتکل درمانی نیز پیش رفته بود. اگرچه در این گونه موارد پزشک معالج است که مسئول اجرا یا عدم اجرای پروتکل درمانی از سوی پرستار است ولی با این وجود احساس مسئولیت و تعهد پرستار به خود و بیمارش می‌بایست از حق تقدم و اولویت بیشتری برخوردار باشد. بنابراین پرستار مذکور می‌بایست تا زمانی که پزشک معالج به اتاق بازنگشته بود، از تزریق دارو به بیمار خودداری می‌کرد.

نکته‌های دیگر: اقدامات دیگری که در این شرایط می‌توانست انجام شود

- تسکین روحیه و دلداری به بیمار تا زمانی که پزشک مجدداً به اتاق بازگردد که البته این کار هرگز انجام نگرفت.
- تلاش در جهت بازگرداندن سریعتر پزشک به اتاق و چنانچه با مخالفت پزشک مواجه می‌شد لازم بود تا این مسئله را به مسئولین بخش گزارش دهد.
- بازخواست پرستار مبنی بر این که چرا خلاف پروتکل درمانی عمل کرده است.
- درخواست کمک از سرپرستار بخش.

ارزیابی یک سرانجام خوب: چطور می‌توان موفقیت را تعریف کرد؟

- بیمار از بروز چنین حادثه‌ای سود برده و یا این که حداقل آسیب ندیده است.
- پزشک معالج پرستار، مسئولین بخش، مسئولیت اجرای صحیح پروتکل درمانی را می‌پذیرند.
- تمامی اعضای تیم درمان باید ثابت کنند که مسئول عدم اجرای صحیح پروتکل درمانی هستند.
- ایمنی در سلامت بیمار در اولین اولویت قرار دارد و این حتی می‌تواند باعث به چالش کشیدن سایر اعضای تیم درمان شود.

آموزش مشخص: اینجا راهی برای رسیدن به آینده است

در مورد حاشیه فوق‌الذکر، سرپرستار بخش متوجه اطاعت پرستار در پروتکل درمانی گردید به محض این که او از این مسئله مطلع گردید بلافاصله از پزشک معالج خواست تا به اتاق بیمار برگردد. بعد ازمراحل درمانی بیمار با موفقیت طی گردید سرپرستار با پرستار مذکور به تنهایی و نیز در جلسه‌ای مشترک به بررسی خطرات و عوارض احتمالی کار آنها پرداخت. در این مورد من نتوانستم هیچ اقدامی انجام دهم چرا که عملکرد سرپرستار بسیار سریع بود! واضح است که از دیدگاه من، پرستار می‌بایست با پزشک معالج صحبت می‌کرد و از دخالت در پروتکل درمانی امتناع می‌کرد، اما با این وجود، می‌توانم احساس پرستار را نیز درک کنم. به ویژه آنکه وی فردی تازه‌کار بود که به تازگی از دانشگاه فارغ‌التحصیل شده بود. سرتاسر این حادثه می‌تواند بسیار هولناک باشد اما برای ما پرستاران تنها نشان‌دهنده وجود مسئولیت در قبال بیمارمان است. با عدم پای‌بندی پرستار به تعهدات خود و بیمارش امکان در معرض خطر قرار گرفتن خود و بیمارش فراهم شده بود. سرپرستار با تجربه بیان کرد که در آن مورد نباید پرستار به حرف پزشک گوش می‌کرد. در واقع عملکرد او در راستای سلامت و ایمنی بیمار بود و از این طریق به آن پرستار، من و سایر همکاران نشان داد که پای‌بندی پرستار به تعهدات خود و البته حقوق بیمار تا چه اندازه واجب و ضروری است.

بازتاب

اگر شما در چنین موقعیتی قرار بگیرید: چه رفتاری خواهید داشت؟ چرا؟ وقوع این حادثه چه نکاتی را در مورد شما و کفایت و کارایی مهارت‌های شما در مسائل حرفه‌ای بازگو می‌کند؟ آیا شما فکر می‌کنید که راههای دیگری هم وجود داشته باشد؟ آیا شما فکر می‌کنید که پرستار خواهد پذیرفت که با عدم پیروی از پروتکل درمانی مرتکب اشتباه شده است؟ نظر شما در مورد مصلحت اندیشی پرستار در آن شرایط چیست؟ در مورد حقوق دانشجوی پرستاری چطور! با زیر پا گذاشتن اصول اولیه پروتکل درمانی چه اصولی مورد تخطی قرار گرفته است؟ اگر سن بیمار ۸ سال نبود آنگاه عملکرد پرستار باز هم تحت تأثیر قرار می‌گرفت؟ سرپرستار بخش با دخالت صحیح خود چه مهارتهایی را نشان داد؟ شما برای این که در چنین موقعیتی رفتار مناسبی‌از خود نشان‌دهید، به چه مهارتهای‌دیگری(شناختی، شخصی، فنی، اخلاقی / قانونی) نیاز دارید؟ فرض کنید که در این مورد سرپرستار بخش در موقع مناسبی سر نمی‌رسید چه اتفاقی ممکن بود رخ دهد؟ آیا شما با این معیارها برای ارزیابی یک سرانجام موفقیت‌آمیز موافق هستید؟ آیا پرستار فوق الذکر این معیارها را برآورد کرده است؟

قانون اساسی
قانون اساسی مرکزی و ایالتی نشانگر چگونگی ایجاد و ارایه اقتدار دولت مرکزی و ایالتی است که ضوابط اخلاقی و آینده نگری را برای وضع قوانین خاص مشخص می‌سازد. علیرغم آنکه آنها نسبتاً تعداد معدودی از قوانین را در بر می‌گیرند (قوانین مشروعه نامیده می‌شوند) قانون اساسی به عنوان راهنمائی برای هیئت مقننه انجام وظیفه می‌نماید.

مجموعه قوانین
مجموعه قوانین مصوب به قوانینی اطلاق می‌شود که توسط هیئت مقننه وضع می‌گردند. این قوانین باید با قوانین اساسی مرکزی و ایالتی هماهنگی داشته باشند. قوانین حرفه پرستاری مثالی از مجموعه قوانین مصوب است.

قانون اجرایی
کارکنان اجرایی (از قبیل ریاست جمهور ایالت متحده، فرمانداران ایالتی، شهرداران شهری)، اداراتی را که در میان سایر فعالیت هایشان، مسئول اجرای قانون هستند، اداره می‌کنند. این ادارات قدرت ایجاد قوانین و مقررات اجرایی را دارند. در انطباق با قانون مصوب که به عنوان قوانین عمل کرده و قابل اجرا هستند. بوردهای پرستاری، اداراتی اجرایی در سطح کشور هستند. قوانین و مقررات تصویبی ایشان قوانین اجرایی می‌باشد. بورد سلامتی شهری یک نمونه از اداره اجرایی شهری می‌باشد.

حقوق عرفی
دولت به‌عنوان یک سیستم‌قضائی، مسئولیت رفع و رجوع اختلاف نظرات را به عهده دارد. دولت مجموعه قوانین سطوح منطقه‌ای، ایالتی و ملی را تفسیر می‌نماید، در صورتی که در موارد خاص به کار گرفته و در جهت اجرای قوانین تصمیم‌گیری می‌کند. یک قسمت‌اصلی از قانون به‌عنوان قانون‌عرفی از گردآوری تصمیمات قوه قضائیه بوجود می‌آید. قانون عرفی یک قانون دادگاه‌ساز است. اکثر تخلفات تحت پوشش قانون دادگاه ساز قرار می‌گیرد.

پس از آنکه تصمیمی در دادگاه قانونگذار گرفته شد اصول آن تصمیم به عنوان مقررات در موارد مشابه پیگیری می‌شود. اولین موردی که موجب تصمیم در قانونگذاری می‌شود را اصطلاحاً رویه قضائی گویند. تصمیمات دادگاه با توجیهی قوی قابل تفسیر است. قانون عرفی از به کارگیری دو دسته قوانین برای قضاوت در مورد فرد با شرایطی مشابه پیشگیری می‌کند.

دادخواهی[1]
دعوای حقوقی[2] یک فعالیت قانونی در دادگاه است. دادخواهی فرآیند فرسایند دعوای حقوقی است فرد یا دولتی که علیه دیگری اقامه دعوا می‌کند اصطلاحاً شاکی یا مدعی[3] خوانده می‌شود. فردی که متهم به انجام جنایت یا نسبه جرمی (بعداً تعریف می‌شود) باشد اصطلاحاً متهم یا مدعی‌علیه[4] نامیده می‌شود، متهم تا زمان اثبات جرم یا جنایت بی‌گناه فرض می‌شود.

در ایالات متحده دو سطح دادگاهی شامل دادگاه آزمایش و دادگاه پژوهش وجود دارد. در دادگاه آزمایش دادگاه مرحله اول، همه شواهد شنیده می‌شود و تصمیم‌گیری بر اساس واقعیت‌ها و معمولاً از طریق یک هیئت منصفه صورت می‌گیرد. در دادگاه پژوهش اما بازجوئی مورد، جهت تصمیم‌گیری قانونی توسط دادگاه آزمایش استماع می‌شود. هیچ شاهدی در سطح دادگاه پژوهش شهادت نمی‌دهد آرای قضاوت پژوهش تصویب شده و به عنوان قانون عرفی می‌باشد.

مقررات حرفه‌ای و قانونی در کار پرستاری
رعایت مقررات اختیاری و قانونی که حدود فعالیت‌های پرستاری را مشخص می‌سازد موجب امنیت شغلی پرستاران می‌گردد. این دو مقررات به منظور تأمین کیفیت مراقبت بهداشتی و حفاظت جامعه از فعالیت‌های خطرناک طراحی شده‌اند.

قوانین حرفه پرستاری
قانون حرفه پرستاری در کشورتان مهمترین قانون تأثیرگذار بر فعالیت پرستاری شماست. هر کشوری دارای قانون حرفه‌ای پرستاری است که به طور جامع از حوزه قانونی پرستاری حمایت می‌کند. شما باید یک کپی از این قانون کشوری خود داشته و آن را به دقت مطالعه نمایید. از هر پرستار انتظار می‌رود در محدوده قوانین مقرر فعالیت نماید. انجام اقداماتی خارج از حدود و وظایف (مثل انجام آپاندکتومی) شما را متهم به نقض قانون حرفه‌ای پرستاری می‌نماید.

برای مثال به توضیحات Ella.R دختر ۸ ساله در تمرینات بازتابی توجه کنید.

جدول ۱ـ۷ نشانگر منابع مختلف مؤثر بر قوانین پرستاری است که با مثال، محل ثبت قوانین و چگونگی آغاز تغییر را بیان می‌کند. در کادر ۱ـ۷ نمونه‌ای از یک نامه پست هوایی و یک نامهٔ الکترونیکی به اعضاء کنگره جهت حمایت مالی از فعالیت‌های پرستاری نشان داده شده است.

1- Litigation
2- Lawsuit
3- Plaintiff
4- Defendant

جدول ۱ـ۷. چه کسی نقش‌های پرستاری را می‌سازد؟

منبع نقش حرفه‌ای	مثال‌هایی از موارد تحت پوشش	محل ثبت قوانین	چگونگی آغاز تغییر
هیئت مقننه مرکزی	● تأمین خدمات درمانی سالخوردگان و نیازمندان در رابطه با بازپرداخت سرویس‌های پرستاری	● مجموعه قوانین مصوب مرکزی	● مروری بر گزارشات ● پیش نویس تغییرات قانونی مطلوب ● کسب حمایت همکاران، سازمانهای پرستاری، سایر تأمین کنندگان مراقبت بهداشتی و عامه مردم در صورت تناسب کسب حمایت مالی از سناتور یا نماینده کنگره امریکا ● اعمال نفوذ بر تأمین هزینه‌ها
هیئت مقننه ایالتی	● تعیین حوزه فعالیت برای پرستاران متخصص، RNs، LPNs ● نیازهای آموزشی پرستاران ● مرجعیت تشکل و انضباط در حرفه پرستاری	● قانون حرفه پرستاری ● قانون حرفه طبابت ● سایر قوانین	● مروری بر گزارشات ● پیش نویس تغییرات قانونی مطلوب ● کسب حمایت همکاران، سازمانهای پرستاری و سایر تأمین کنندگان ● مراقبت بهداشتی عامه مردم در صورت تناسب ● کسب حمایت مالی از قانون‌گذار کشوری
بورد پرستاری	● نمایندگی ● اعمال دارودرمانی ● هدایت غیر حرفه‌ای ● اهدا پروانه کار	● قانون و مقررات ● معاینه‌های شغلی ● احکام قاطعانه (آن چنانکه در زمان ملاقات یا نامه‌های اخباری یافت می‌شود) که ممکن است مختص به محلی خاص یا سازمانی باشد.	● مروری بر گزارشات ● آغاز تحقیقی رسمی از بورد اهدا کننده پروانه کار ● کسب حمایت بورد برای تغییر کار ● بورد ممکن است بیانیه‌های شغلی یا احکام قاطعانه را صادر نماید یا از طریق استماع رسمی عمومی قبل از رأی‌گیری به اشاعه قوانین جدید یا تغییر در احکام موجود بپردازد.
سازمان مراقبت بهداشتی	● روشهای بالینی از قبیل تغییر پانسمان زخم ● سیاست‌های خاص سازمان ● تخصص یا محل فعالیت ● سیاست‌های اشتغال و پرسنلی	● سیاست‌های واحد محور ● سیاست‌های سازمانی ● سیاست‌های اعتباری سازمان	● مروری بر سیاست‌های سازمانی ● پیگیری سیاست‌های سازمانی یا سلسله دستوراتی که اطلاعات یا هدف تغییر را می‌سازد.

معیارها[1]

معیارهای اختیاری که توسط حرفه پرستاری طراحی و اجرا شده است اجباری نبوده اما به عنوان راهنمائی دقیق بر فعالیت‌های پرستاری احاطه دارد. سازمان حرفه‌ای پرستاری به طور مداوم عملکردها، معیارها و خصوصیت اعضایشان را بررسی می‌نماید. این سازمان‌ها توسط بررسی خود از نیازهای پرستاری جامعه و انتظارات عموم مردم از پرستاری هدایت می‌شوند. ضوابط اشتغال، ضوابط حرفه‌ای برای اعتبار برنامه‌های آموزشی و سازمان‌های خدماتی و معیارهای ارایه گواهی اشتغال پرستاران امریکا ارایه گردیده، نمونه‌ای از معیارهای اختیاری می‌باشد.

از طرف دیگر معیارهای قانونی توسط یک هیئت قانون‌گذار ارایه شده و با اقتدار کامل به منظور تعیین حداقل معیارهای آموزش پرستاران، تعیین ضوابط مورد نیاز و مجاز اشتغال و تصمیم‌گیری در زمینه تعریق یا لغو پروانه کار پرستاران به اجرا در می‌آید. قانون و مقررات ایالتی حرفهٔ پرستاری نمونه‌ای از معیارهای قانونی می‌باشد.

صلاحیت[2]

فرآیند صلاحیت، مراحل متعدد پرستاری جهت تضمین قابلیت‌های پرستاران اطلاق می‌گردد. صلاحیت به راهنمایی که قابلیت‌های حرفه‌ای را تضمین و محافظت می‌نماید اشاره می‌کند.

مراحل ۳ گانه برای تعیین صلاحیت پرستاری به کار می‌رود. اولین مرحله **اعتبارنامه**[3] است که برنامه‌های آموزشی را از نظر وجود معیارهای اساسی ارزیابی نموده و به رسمیت بشناسد. مرحله دوم **پروانه کار**[4] است که حداقل نیازهای اساسی برای اعطای مجوز اشتغال در حرفه پرستاری را مشخص می‌نماید.

1- Standards
2- Credentialing
3- Accreditation
4- Licensure

سومین مرحله **گواهینامه**[1] است در این مرحله فردی که معیارهای اساسی را در انجمن غیر دولتی کسب نموده است جهت کار در حیطه‌ای اختصاصی به رسمیت شناخته می‌شود.

اعتبارنامه

قانون اساسی کشور مسئول ایجاد رفاه عمومی است. هیئت مقننه کشور مسئولیت تصویب قوانین گروههای حرفه‌ای را به عهده دارد. یکی از اعمال این قوانین نظارت بر ارایه حداقل معیارهای آموزشی در دانشکده‌های پرستاری می‌باشد. پرستاری یکی از گروههای اجرایی تحت نظارت قوانین کشوری است که از طریق ارایه معیارهای آموزشی معتبر دانشکده‌های پرستاری سبب ارتقاء رفاه‌اجتماعی می‌گردد، برنامه‌های‌آموزشی مصوب‌یا معتبر کشوری در پرستاری شامل هنرستان حرفه‌ای یا کاربردی، فوق دیپلم، دیپلم، کارشناس، مدارج تحصیلات کارشناسی ارشد و دکترا می‌باشد.

اعتبارنامه قانونی دانشکده‌های پرستاری که توسط بورد ایالتی پرستاری ارایه می‌گردد نباید با اعتبارنامه اختیاری اشتباه گردند. جامعه ملی کمیسیون رسمی پرستاری (NLNAC) و انجمن امریکایی دانشکده‌های پرستاری (AACN) مراکز اختیاری جهت تعیین اعتبار دانشکده‌های دارای ضوابط اساسی هستند. اغلب دانشکده‌های اعتبارنامه اختیاری را انتخاب می‌کنند و بسیاری از دانشجویان این دانشکده‌های معتبر انتخابی را ترجیح می‌دهند. اعتبارنامه NLNAC یا AACN یک نیاز قانونی برای موجودیت دانشکده نیست. اعتبارنامه کشوری یک نیاز قانونی است.

پروانه کار

پروانه کار یک فرم مخصوص اعتباری بر اساس قوانین مصوب کشوری می‌باشد. جواز یک گواهی قانونی است که صلاحیت فرد را جهت ارایه دانش و مهارت تخصصی به جامعه تأیید می‌نماید و اشتغال بدون جواز غیر قانونی است. پروانه کار در فصل ۱ مورد بحث قرار گرفته است.

سازمان آزمون بورد پرستاری در ایالات متحده می‌تواند جدا از کار یا استخدام پرستاران را به دلیل مصرف بی‌رویه الکل یا مواد مخدر که متداولترین علت است به تعویق انداخته یا فسخ نماید. کلاهبرداری اعمال گمراه‌کننده فعالیتهای جنایی، موارد انضباطی قبلی در سایر بوردهای کشوری، قصور عادی یا غیر قابل توجیه، اختلالات جسمی یا عقلانی مثل موارد ناشی از سالمندی، دلایل دیگری برای تعویض یا لغو جواز کار یا استخدام می‌باشند.

لغو پروانه قانونی کارتها از طریق مراحلی خاص صورت می‌گیرد. این مراحل شامل اخطار جهت رسیدگی، یک محاکمه عادلانه و منصفانه و تصمیم‌گیری دقیق بر اساس شواهدی محکم می‌باشد. مشاوره سریع حقوقی شاهدان متشخص و متخصص، آمادگی کامل جهت هرگونه دادخواهی مواردی سرنوشت‌ساز در دفاع موفق یک پرستار می‌باشند.

گواهینامه

در حالی که پروانه کار صلاحیت فرد را می‌سنجد، گواهینامه دانش و تجربه و قضاوت بالینی را اعتبار می‌بخشد. دو سازمان اصلی شامل انجمن پرستاران مراقبت‌های ویژه امریکا و ANA از سال ۱۹۷۴ شروع به ارایه گواهینامه نمودند. کاری[2] (۲۰۰۱) اعلام می‌کند که در حال حاضر ۴۱۰۰۰۰ گواهینامه پرستاری در ۱۳۴ رشته تخصصی از ۶۷ سازمان گواهی دهنده با ۹۵ صلاحیت مختلف وجود دارد. در حالی که آزمون اختصاصی دریافت گواهینامه، اختیاری است، بسیاری از متخصصین پرستاری جهت دریافت آن اقدام می‌کنند.

گواهینامه تأییدی بر حرفه تخصصی است و فعالیت‌های فرد را در شرایط بحرانی کار در واحدهای مراقبتی امریکا بیمه نموده، موجب افزایش دادخواهی معیاربندی ارزش‌ها می‌گردد.

جرائم[3] و شبه جرائم[4]

جرائم

جرم عبارت است از کاری نادرست علیه شخص یا اموال او که عملاً علیه جامعه در نظر گرفته می‌شود. در موارد جنایی، دولت مردم را به تعقیب مجرم فرا می‌خواند. عوامل متعددی موجب بروز جرم می‌گردد. فردی که قانون شکنی کند، مجرم شناخته می‌شود. لفظی از قوانین مشمول غذا، دارو مواد آرایشی مثالی از یک جرم محسوب می‌شود. در اغلب موارد قانون کیفری به عنوان مجموعه قوانین مصوب (از قبیل قوانین مرکزی کنترل مواد و قوانین آدم‌ربائی یا ضوابط کیفری کشوری که بیانگر قتل عمد، قتل غیر عمدی، مصور جنائی، تجاوز جنسی، کلاهبرداری، تملک غیر قانونی مواد مخدر، سرقت، تهدید و ایراد ضرب و جرح، و تنها به ندرت حقوق عرفی شناخته می‌شود. قبول یا رد اقدامات درمانی نمونه‌ای از حقوق عرفی می‌باشند. جرائم به جنایت (تجاوز جنسی، قتل) یا خلافکاری تقسیم‌بندی می‌شوند.

1- Certification
2- Cary
3- Crimes
4- Torts

کادر ۱-۷. نمونه‌ای از یک نامه و یک E-mail به کنگره ایالات متحده به منظور حمایت در سرمایه‌گذاری در طرح سرمایه‌گذاری مجدد بر روی پرستاران (NRA)

نامه	شماره
Jane Doc ایالات متحده، ایالت ــــــ خیابان ــــــ	۱
۲۷ ژانویه ۲۰۰۳	۲
به عالیجناب ــــ سناتور محترم و یا عالیجناب ــــ نماینده محترم مجلس	۳
سناتور عزیز یا نماینده عزیز	۴
من از شما خواهش می‌کنم تا با تخصص بودجه ۲۵۰ میلیون دلاری به منظور اجرای طرح سرمایه‌گذاری مجدد بر روی پرستاران (NRA) موافقت نمایید.	۵و۶
من یکی از پرستاران بخش مراقبت ویژه (ICU) در شهر ــــ هستم که معمولاً ــــ ساعت در روز کار می‌کنم و ــــ نوبت در طول هفته در بیمارستان به سر می‌برم و از حدود ــــ نفر بیمارانی که معمولاً حال وخیمی در بخش ICU دارند پرستاری می‌کنم در طول ۱۲ سال تجربه کاری اینجانب در بخش ICU بیمارانی را دیده‌ام که	۷و۸و۹
در بخش ICU ما به شدت با کمبود پرستاران با تجربه و به ویژه ــــ روز در هفته مواجه هستیم. زمانی که اوضاع چنین است ما ــــ در واقع ما به پرستاران بیشتر برای کار در بیمارستان‌ها، به اساتید بیشتر و باتجربه‌تر برای تدریس در دانشگاهها و دوره‌های تخصصی‌تر برای آموزش پرستاران نیازمندیم.	۱۰
من از شما استدعا دارم که با تخصیص بودجه ۲۵۰ میلیون دلاری به منظور اجرای طرح سرمایه گذاری مجدد بر روی پرستاران (NRA) موافقت نمایید.	۱۱
ارادتمند شما	۱۲
محل امضای شما	۱۳
آدرس و ایمیل و Jane Doc	۱۴

توضیحاتی بیشتر در مورد شماره‌های فوق‌الذکر

۱ـ در بخش میانی در بالای صفحه از سربرگ مؤسسه‌ای که در آن مشغول به کار هستید استفاده کرده و یا این که نام خود را به همراه نشانی تایپ کنید.
۲ـ روز، ماه، سالی راکه در آن تاریخ نام می‌نویسید، یادداشت کنید.
۳ـ اسامی اعضای کنگره و نمایندگان مجلس خود را پس از پیداکردن رد این بخش به طور جداگانه یادداشت کنید.
۴ـ از یک عنوان مناسب در این بخش برای مخاطب قراردادن عضو کنگره و یا نماینده مجلس استفاده نمایید.
۵ـ در اولین پاراگراف، هدف اصلی خود را از نگارش این نامه به طور مختصر و مفید بیان کنید چنانچه در مورد خواسته خود به مصوبات خاصی هم دسترسی دارید، شماره قانونی آن را ذکر کنید.
۶ـ در هر نامه تنها به مورد یک مسئله قانونی صحبت نمایید.
۷ـ به طور واضح بیان نمایید که پرستار هستید.
۸ـ نام شهر و ایالتی را که در آن زندگی می‌کنید، مشخص نمایید تا مخاطب شما متوجه گردد که یک رأی دهنده در حوزه انتخابیه وی هستید و از این منظر مستحق توجه هستید. البته برای این منظور لازم است که مطمئن شوید تا برای کسی نامه می‌نویسید که حوزه انتخابیه محل سکونت یا کار شما رأی آورده است.
۹ـ در تمام طول نگارش نامه، رعایت کامل ادب ضروری است.
۱۰ـ در عبارات خود پیرامون آنچه که از وی انتظار دارید و آن کاری که انجام می‌دهید صحبت کنید به منظور تأکید بیشتر بر موفقیت خودتان از نمونه‌ها و مثال‌های خاص که در محل کارتان رخ داده است استفاده نمایید. برای مثال، «ــــ به دلیل کمبود نیروی پرستاران در بخش، برخی از بیماران از مسائل ناخواسته‌ای رنج می‌برند همچون ــــ»
۱۱ـ در انتهای نامه مجدداً خواستهٔ خود راکه از مخاطب بیان کنید.
۱۲ـ نامه را به پایان ببرید.
۱۳ـ نام خود را با خودکار مشکی یا آبی امضاء نمایید.
۱۴ـ مطمئن شوید که تمامی اطلاعات لازم در مورد هیئت خودتان از جمله نشانی پست الکترونیک و... یادداشت کرده باشید تا در صورت لزوم با شما تماس گرفته شود. سعی کنید تا همواره نام در صفحه نگاشته شود. فراموش نکنید که دستور زبان و املای لغات نباید به هیچ عنوان اشتباه داشته باشد.

کادر ۱ـ۷. ادامه

۱ → E-mail

۲ → sentor.brown@house.gov

۳ → همچنین به اختیاری

۴ → موضوع: طرح سرمایه گذاری مجدد بر روی پرستاران (NRA)

ضمائم

۵ → متن (THE EMAIL MESSAGE)

۶ → Jane، ایالات متحده، ایالت ـــ خیابان

۷ → سناتور براون عزیز

۸ → من از شما خواهش می‌کنم تا با تخصیص بودجه ۲۵۰ میلیون دلاری به منظور طرح سرمایه گذاری مجدد بر روی پرستاران (NRA) موافقت بفرمایید من مدت ۵ سال است که به عنوان پرستار در بیمارستان مشغول به کار هستم و می‌توانم موارد متعددی را بازگو نمایم که چگونه کمبود نیروی پرستاران می‌تواند منجربه وارد آمدن آسیب‌های مختلف به بیماران شود، بیماران انتظار دارند تا در تمام طول زمانی که در بیمارستان بستری هستند به خوبی مراقبت شده تا هرچه زودتر بهبودی حاصل شود به منظور تداوم این اقدام و نیز کاهش خطرات احتمالی در زمینه مراقبت از بیماران ما به شدت محتاج تأمین هزینه‌های لازم به منظور اجرای طرح سرمایه گذاری مجدد بر روی پرستاران (NRA) هستیم.

لطفاً در مورد اختصاص بودجه‌های لازم برای اجرای این طرح ما را یاری دهید تا از این طریق شهروندان سالم‌تری داشته باشیم.

ارادتمند شما

Jane

توضیحات بیشتر در مورد شماره‌های فوق الذکر:

۱ـ از نشانی پست الکترونیک نماینده مورد نظرتان در این قسمت باید بهره بگیرید. فراموش نکنید که به عضو کنگره و یا نماینده مورد نظر باید به طور جداگانه یک E-mail بفرستید.

۲ـ شما می‌توانید نسخه‌ای از این E-mail را برای هریک از سازمان‌های مرتبط در زمینه پرستار را بفرستید برای این کار از این قسمت باید استفاده کرد. هرگز نباید نامه یکی از اعضا را برای سایر اعضا ارسال کنید.

۳ـ تا حد امکان مسئله‌ای را که قصد مطرح کردن آن را دارید به طور مختصر بیان نمایید (مثل کمبود نیروی کار پرستار) اگرچه لازم نیست اما در صورت لزوم می‌توانید از فهرست افراد شاغل نیز بهره بگیرید.

۴ـ اگر شما نامه دیگری نیز دارید که در آن به طور مفصل در مورد مسئله توضیح داده شده است، می‌توانید آن را از این قسمت به عنوان یک فایل ضمیمه ارسال کنید.

۵ـ نگارش یک E-mail شما را بخواند باید بتواند در یک نظر کل نامه را مشاهده کرده و نیازی به استفاده از ابزار اسکرول ویندوز نداشته باشد. اگر شما می‌خواهید که موضوع را به تفصیل بیان نمایید می‌توانید فایل ضمیمه برای E-mail خود تعریف نمایید.

۶ـ نام و نشانی خود را در بالا و پایین نامه قرار دهید تا مخاطب شما متوجه گردد که شما یکی از رأی دهندگان حوزه انتخابیه وی محسوب می‌شوید.

۷ـ عنوان فرد مخاطب ـ چه نماینده مجلس و چه عضو مجلس سنا ـ باید این قسمت بالای اقدام خطاب شود.

۸ـ بخش اصلی نامه در این قسمت خلاصه می‌شود.

- در اولین جمله آنچه را که می‌خواهید تا مخاطبتان به آن توجه کند را مطرح نمایید.
- خودتان را به عنوان یک پرستار دلواپس (نگران) موضوع نشان دهید.
- از نماینده بخواهید تا به اختصاص بودجه به طرح شما رأی دهد.

در پایان، طرز نگارش و درستی واژگان نامه را کنترل کرده و یکبار دیگر کل E-mail را بخوانید تا مطمئن شوید که کاملاً واضح و دقیق به مطرح کردن موضوع پرداخته است.

خلافکاری خفیف‌تر از جنایت است. خلافکاری معمولاً از طریق جریمه، حبس کمتر از یکسال یا هر دو یا آزادی مشروط قابل تنبیه است. جنایت از طریق حبس در زندان ایالتی یا مرکزی برای مدت بیش از یکسال مجازات می‌شود.

شبه جرائم

شبه جرم انجام‌کاری نادرست توسط یک فرد علیه فردی دیگر یا اموال او را گویند. شبه جرم موضوع دادگاه مدنی است، یک جرم تخلفی قابل مجازات کشوری است. در اغلب نمونه‌ها، دادگاه موارد مدنی صدمات را از طریق پول و ندرتاً حبس جریمه می‌نماید.

شبه جرم می‌تواند یک عمل نادرست عمدی یا غیر عمدی باشد. موارد شبه جرائم عمدی که ممکن است توسط پرستاران صورت گیرد شامل تهدید و ضرب و جرح، هتک حرمت، تهاجم، حریم خصوصی، حبس ساختگی، کلاهبرداری است. فرد مرتکب به شبه جرم عمدی نسبت به حدود قانونی مجاز گفتار و کردار خود آگاه، در نظر گرفته می‌شود. تخطی از این حدود و نیز دادخواهی را فراهم می‌سازد. برای مثال علیرغم آنکه کاربرد حفاظ روش بخصوصی جهت حمایت بیماران ناتوان محسوب می‌گردد، مهار بیمار توانمندی که از دریافت دارو امتناع می‌کند، تهدید و ایراد ضرب و جرح به حساب می‌آید. شبه جرائم غیر عمد موارد سهل انگاری را در بر می‌گیرد. پرستاری که اقدامات مناسب جهت پیشگیری از صدمه به بیمار (افتادن، زخم پوستی) را ارایه ندهد از موارد سهل‌انگاری محسوب می‌شود.

عملی که به عنوان شبه جرم است می‌تواند یک جرم باشد برای مثال قصور غیر قابل توجیهی که در یک مجرم نادیده گرفته شود در زندگی فرد دیگر به عنوان یک حقوق مدنی یا کیفری شناخته و تحت تعقیب قانون قرار می‌گیرد. از آنجایی که کاری نادرست به عنوان جرم نسبت به شبه جرم خلافی جدی‌تر بوده درگیری‌های قانونی بیشتری را نیز خواهد داشت.

شبه جرائم عمدی

تهدید[1] و ضرب و جرح[2]

تهدید به ایراد ضرب به موارد تهدید یا مبادرت به تماس بدنی با فرد دیگری بدون رضایت او گفته می‌شود. ضرب و جرح به اجرای تهدید به ضرب گفته می‌شود که به شکل تماس عمدی با عصبانیت و بی‌حرمتی یا بی‌توجهی با بدن یا لباس یا هر وسیله متصل یا حمل شده توسط فرد دیگری صورت می‌گیرد. درآوردن اجباری و توأم با خشونت لباس بیمار بر اعمال تزریق به دنبال امتناع بیمار، هل دادن بیمار به روی صندلی هم مثال‌هایی از ضرب و جرح است. تهدید به اجرای هر نوع فعالیتی در صورت عدم همکاری بیمار از موارد تهدید به ایراد ضرب محسوب می‌شود. هنگامی که پرستار مورد تهاجم بیماری پرخاشگر قرار می‌گیرد، فقط اجازه دارد با انجام اقداماتی ضروری خود را محافظت نموده و یا از فردی دیگر کمک بگیرد.

قانون موجب نجات اشخاص از دست افراد مهاجم است و بیماران بزرگسال آگاه و هوشیار حق امتناع از اجرای اقدامات درمانی را دارند در حقیقت وجود اقدامات درمانی مطلوب و مناسب به پرستار و پزشک اجازه نمی‌دهد که بدون رضایت بیمار یا خارج از محدودهٔ رضایت بیمار به درمان او ادامه دهند.

هتک حرمت[3]

هتک حرمت یک شبه جرم عمدی است که شخصی با اظهار مطالبی اهانت‌آمیز در مورد دیگری موجب تحقیر اعتبار او می‌شود. افترا[4]، هتک حرمت گفتاری است، هجو[5] به صورت نوشتاری است. هتک حرمت در زمینه صدمات مدنی قرار دارد. صدمات وارده به مدعی بر اساس میزان آزردگی شاکی تعیین می‌گردد. پرستارانی که اظهارات دروغین یا اغراق‌آمیز درمورد بیمار یا همکارانشان بیان می‌کنند، در معرض خطر پیگرد قانونی برای افترا و هجو می‌باشند. فرد متهم به هتک حرمت شخصی غیر متعهد است و می‌تواند ثابت کند که اظهارات وی موجب آزار دیگران نگردیده و بیان آن بدون غرض و با دلیل موجه (از قبیل اثبات رضایت، حقیقت تبعیضی یا توصیه به عدالت) بوده است.

نقض حریم شخصی (تهاجم به حریم خصوصی)[6]

دیوان عالی دولت ایالات متحده در قانون اساسی این کشور اشاره داشته است که نقض حقوق اساسی و حریم شخصی افراد، جرم محسوب می‌شود. در اصلاحیه چهارم این قانون ذکر شده است که هر شهروند می‌بایست از حریم خصوصی و شخصی برخوردار باشد و کسی نمی‌تواند آن را نقض کند. دادگاه‌های ایالتی نیز به ندرت از این قانون محافظت کرده و حریم خصوصی افراد را به عنوان اطلاعات محرمانه افراد محسوب می‌کنند. محرمانه چیست؟ تمامی اطلاعات مربوط به بیماران چه به صورت مکتوب چه به صورت فایل کامپیوتری و چه به صورت صوت (شفاهی) به عنوان اطلاعات محرمانه تلقی می‌گردد. این موضوع مشتمل برای افراد و تمامی اطلاعات آنها از جمله آدرس،

1- Assault
2- Battery
3- Defamation
4- Slander
5- Libel
6- Invasion of privacy

تلفن و شماره فاکس، شماره بیمه تأمین اجتماعی و هرگونه اطلاعات شخصی دیگر می‌شود. این موضوع همچنین شامل دلایل بستری شدن بیمار در بیمارستان یا درمانگاه یا کلینیک، نوع درمان‌هایی که فرد دریافت داشته است و حتی سوابق سلامت وی نیز می‌گردد. اطلاعات محرمانه پزشکی را می‌توان در پرونده سوابق پزشکی بیمار، فاکس‌های دریافتی و ارسالی E-mail هایی که حاوی اطلاعات بیمار است و نیز مکالماتی که در مورد بیمار میان افراد تیم درمان رد و بدل می‌شود یافت. کنگره امریکا قانون بیمه پاسخگو و جاری (HIPAA) را در سال ۱۹۹۶ تصویب کرده است که به دنبال آن در سال ۲۰۰۰ و بعد در سال ۲۰۰۲ مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفته است. بیشتر دفاتری که امروز به استخدام افراد می‌پردازند در پرسش‌نامه‌های استخدامی خود به مفاد قانون HIPAA اشاره می‌کنند. شما به عنوان یک فرد شاغل در زمینه بهداشت و درمان می‌بایست در مورد فقط حقوق شخصی افراد و حریم خصوصی آنها به طور کامل آگاه باشید بر اساس قانون HIPAA بیماران حق دارند که:

- سوابق پزشکی خود را مشاهده کرده و نسخه‌ای از آن را نیز در اختیار داشته باشند.
- سوابق پزشکی خود را روزآمد کنند.
- فهرستی از اطلاعاتی را که مؤسسه درمانی قصد دارد تا به منظور اهداف درمانی و... در اختیار دانشجویان مربوطه قرار دهد، در اختیار داشته باشد.
- برخی از موارد خاص مربوط به خود را از فهرست اطلاعاتی که قرار است در اختیار دیگران قرار بگیرد حذف کنند.
- در مورد چگونگی دریافت اطلاعات پزشکی خود تصمیم بگیرد.

اگر یک مؤسسه درمانی قصد داشته باشد تا اطلاعات بیمار خود را به منظور اهدافی غیر از اهداف آموزشی، حقوقی و بهداشتی منتشر نماید می‌بایست از بیمار اجازه بگیرد. کادر ۲ـ۱۷ در فصل ۱۷، فهرستی از مواردی که مؤسسه درمانی می‌تواند آنها را منتشر کند، نشان داده است.

قانون مصونیت ارتباطی افراد بیان می‌کند که انسانها در یک مجموعه از روابط کاری، مثل رابطه با پزشک و بیمار، نمی‌توانند مجبور به افشای اطلاعات رد و بدل شده در میان فرد شوند مگر این که فردی ذی‌نفع در این مسئله، موافقت خود را با این اقدام اعلام نماید. این که چه نوع حریم‌ها و رفتارهایی در این قانون جای می‌گیرند توسط دادگاههای ایالتی مشخص می‌گردند، افشای اطلاعات محرمانه بیمار از سوی افراد نظیر صحبت کردن پیرامون مشکلات بیمار با یک نفر سوم توسط پرستار وی می‌تواند به عنوان نقض حریم شخصی فرد تلقی شده و مسئولیت قانونی برای پرستار ایجاد نماید.

آگاهی پرستار از مسائل شخصی بیمار، می‌تواند این مسئولیت وی را بیشتر کند.

قانون HIPAA مجازات‌هایی را نیز برای افرادی که ناقض حریم خصوصی دیگران می‌شوند در نظر گرفته است. افرادی که این افشاگری را به منظور اهداف اقتصادی و کارهای تجاری انجام می‌دهند تا ۲۵۰ هزار دلار جریمه می‌شوند و یا به ۱۰ سال زندان محکوم می‌شوند. حتی نقض تصادفی و سهوی این قانون نیز می‌تواند جریمه‌هایی را به همراه داشته باشد.

برخی از اقدامات خاص پرستاران می‌تواند به عنوان ناقض حریم خصوصی افراد تلقی شود، از جمله موارد ذیل:

- صحبت کردن با بیماران در اتاق‌هایی که عایق صورت نیستند.
- صحبت کردن در مورد اطلاعات بیمار با افرادی که در این بین محق نیستند (از جمله مطبوعات)
- تحت فشار قرار دادن بیمار به منظور کسب اطلاعاتی که برای پیشبرد روند درمانی ضروری نیستند.
- برقراری ارتباط با سایر اعضای خانواده بیمار به نحوی که مورد تأیید وی باشد.
- استفاده از دستگاههای ضبط صورت به کامپیوتر و موارد مشابه بدون این که بیمار متوجه آن شده باشد.
- استفاده از دستگاههای ضبط صورت، کامپیوتر و موارد مشابه بدون این که بیمار متوجه آن شده باشد.
- استفاده مکتوب و یا شفاهی از اطلاعات بیمار در جلسات آموزشی به عنوان مطالعه موردی بدون این که هویت بیمار را پنهان سازد.
- اجرای طرح‌های تحقیقاتی برروی بیمار بدون‌کسب‌اجازه از وی

در پاره‌ای از اوقات، حق حریم خصوصی یک فرد ممکن است با سایر حقوق مهم از جمله اطلاع رسانی عمومی در تناقض باشد. در چنین مواردی می‌بایست که حتماً با مقامات بالاتر از جمله سرپرستار، کمیته‌های اخلاقی و یا بخش روابط عمومی آن مؤسسه درمانی مشورت لازم انجام شود.

حبس ساختگی[1]

حبس غیر قابل توجیه یا ممانعت از حرکت فردی دیگر بدون کسب رضایت، حبس ساختگی را مطرح می‌سازد. کاربرد حفاظ در شرایط مجاز مثالی از این مقوله است کاربرد حفاظ بدون فکر و هدف برای بیمار از موارد منع قانونی حبس ساختگی می‌باشد.

1- False Imprisonment

کادر ۲ـ۷. حریم خصوصی و رازداری درگزارشات مراقبت بهداشتی

پرستار باید نسبت به ضوابط امنیتی ثبت کامپیوتری مراقبت بهداشتی آگاه باشد. این موارد شامل:

- کاربرهای سیستم اطلاع‌رسانی خودکار باید رمز ورودی و کد مشخصات منحصر به فرد داشته که مکرراً تغییر کند.
- پایانه‌های حاوی کات مراقبتی باید دارای قفل کلید باشند تا از بررسی غیر مجاز داده‌ها ممانعت شود.
- کامپیوتر باید در دوره‌های خاص زمانی که مورد استفاده قرار نمی‌گیرد «زمان توقف» داشته باشد.
- کارکنان موقت مثل پرستاران پرواز باید رمز ورودی موقت داشته باشند.
- کارکنانی که سازمان را ترک می‌کنند باید رمز ورودی و کد مشخصات خود را خاتمه دهند.
- سیستم باید توانایی ردیابی کاربرانی را که اطلاعات بیمار را مشاهده نموده یا به روز می‌کنند، داشته باشد.
- بعضی از اطلاعات مثل نتایج آزمایشات سندرم نقص ایمنی اکتسابی نباید در کامپیوتر ذخیره شود.
- موارد چاپ شده کامپیوتر که حاوی اطلاعات حساس بیمار است باید دور ریخته شود.
- سازمان شما باید سیاست خاصی را جهت به کارگیری یافته‌های بیمار در تحقیقات داشته‌باشد، اطلاعات باید قبل‌از تجزیه‌وتحلیل خارج گردند.
- هر پرستاری باید از قانون و مقررات رازداری و گزارشات پزشکی آگاهی داشته باشد. اکثر کشورها خطوط راهنمایی را جهت اشتراک در اطلاعات پزشکی دارند، بورد پرستاری کشور شما ممکن است در صورت عدم رازداری بیمار پروانه کارتان را لغو نماید.

محافظت از حریم خصوصی و رازداری در گزارشات مراقبت بهداشتی وظیفه هر پرستار است (McMullen & Philipson، ۱۹۹۶).

هیچ فردی را نمی‌توان تحت فشار قانونی در مرکز بهداشتی مثل بیمارستان نگه داشت، حتی زمانی که پرسنل بهداشتی بر این باورند که بیمار نیاز به مراقبت بیشتری دارد. مراکز بهداشتی فرم‌های مخصوصی را در زمان اصرار بیمار به ترخیص به کار می‌برند. امضاء بیمار مؤید آن است که مرکز مسئولیتی نسبت به عواقب ناشی از ترک بیمارستان ندارد. بیماران روانی در صورت اثبات احتمال صدمه به خود و دیگران بدون رضایت به شخصی مراکز روانپزشکی برای درمان (بستری اجباری) سپرده می‌شوند.

کلاهبرداری[1]

کلاهبرداری به تحریف عمدی و هدفدار که سبب نقصان یا صدمه به فرد یا اموال او می‌شود. تعریف از یک محصول نمونه‌ای رایج از فریب‌کاری است. فرد کلاهبردار تصویر غلطی از خود به منظور کسب پروانه‌کار پرستاری ارایه‌می‌دهد که ممکن است تحت‌پیگردقانونی ایالتی حرفه‌پرستاری قرار گیرد. تعریف برآیند یک روش یا درمان نیزممکن‌است کلاهبرداری‌نشان دهد.

شبه جرائم غیر عمدی

قصور[2] و تخلف[3]

قصور به عنوان انجام عملی تعریف می‌شود که یک فرد دوراندیش به طور منطقی در شرایط مشابه انجام نمی‌دهد یا برعکس عدم انجام عملی که یک فرد دوراندیش به طور منطقی در شرایط مشابه آن را انجام خواهد داد. آن چنان که از تعریف مشخص است قصور می‌تواند عملی غیر عمدی یا عمدی باشد. تخلف اصطلاحی است که عموماً برای تعریف قصور توسط کارکنان متخصص به کار می‌رود.

عناصر تعهد[4]

تعهد از چهار عنصر وظیفه، عدم ایفای وظیفه، علت، صدمات تشکیل شده است که جهت اثبات قصور و تخلف به کار می‌روند. وظیفه به تعهد ارایه مراقبت اطلاق می‌شود (آنچه که یک پرستار دوراندیش به طور منطقی انجام خواهد داد) و بر اساس ملاک مراقبت مناسب برای ارتباط پرستار با بیمار تعریف می‌شود. عدم ایفای وظیفه اختلال در کاربرد معیارهای مراقبتی را بیان می‌کند. علت مشکل‌ترین عنصر تعهد است که نارسایی به کارگیری ضوابط مراقبتی (عدم ایفای وظیفه) را که عملاً موجب بروز ضایعات می‌گردند، نشان می‌دهد. صدمات آسیب و ضایعه وارده به بیمار را گویند، مثالهایی از این ۴ عنصر در جدول ۲ـ۷ ارایه شده است.

معیارهای مراقبت

آیا قصور انجام شده به معیارهای مراقبت ارتباط دارد؟ یک فرد دوراندیش به طور منطقی در شرایط مشابه چه کاری را انجام دهد یا ندهد.

کلیه پرستاران موظف به پیروی از معیارهای مراقبت برای حیطه‌های خاص فعالیت‌شان می‌باشند. برای مثال پرستاران اتاق زایمان باید از معیارهای مراقبت اطلاع داشته باشند (برطبق قوانین‌ایالتی حرفه پرستاری) باید با معیارهای‌خاص برای مراقبت مامائی آشنا بوده (مثل معیارهای انجمن پرستاری کالج مامایی و ژنیکولوژی امریکا) باید مسئولیت‌های پرستاری را به دقت در

1- Fraud
2- Negligence
3- Malpractice
4- Liability

جدول ۲ـ۷. اثبات تخلف
مثالی از یک مدعی (فردی که شکایت دارد) که اثبات می‌کند پرستاران مدعی علیه گناهکار و متخلف می‌باشند.

عنصر	مثال
وظیفه	پرستاران شاغل در بیمارستان مسئول موارد زیر می‌باشند: ● بررسی دقیق و صحیح بیماران تحت مراقبت ● آگاهی از وظایف تخصصی مراقبت بهداشتی به منظور تغییر در شرایط بیمار ● توانایی اجرای اصول ایمنی برای بیماران
عدم ایفای وظیفه	● عدم ثبت و گزارش دوره‌های هوشیاری و گیجی بیمار سالمند بررسی شده ● عدم اجرا و ثبت کاربرد اصول مناسب ایمنی (از قبیل میله‌های فوقانی و تحتانی کنار تخت، کاربرد حفاظ در صورت نیاز، کمک به حرکت)
علت	● عدم کاربرد اصول مناسب ایمنی، موجب افتادن بیمار در زمان برخاستن از تخت گردید که در نتیجه آن شکستگی هیپ چپ ایجاد شد.
صدمات	● شکستگی هیپ چپ در دو آرنج، افزایش طول بستری در بیمارستان و نیاز به نوتوانی

سیاست‌ها و روشهای بیمارستانی و در توصیف شغلی به کار برند. اگر در سیاست بیمارستان خانم باردار در مراحل اولیه زایمان هر ۳۰ دقیقه مورد بررسی قرار می‌گیرد پرستاران از این معیار تبعیت نموده مگر آنکه دلیلی مستند برای تغییر روش داشته باشند.

جدول ۳ـ۷ حیطه‌های تعهد بالقوه را همراه با هریک از معیارهای ANA برای حرفه پرستاری بالینی معرفی می‌نماید. در هر صورت امکان خطا برای هر پرستاری وجود دارد. اشتباهات پرستاری ممکن است منجربه برآیندهایی جدی برای بیمار گردد. همانطور که در این مثال‌ها نشان داده شده است.

دادخواهی تخلف

زمانی که بیمار بر این باور است که قصور پرستار یا سایر متخصصین مراقبت بهداشتی موجب بروز صدماتی در وی گشته است، قوانین حقوقی را دنبال نموده و یکی از ۳ برآیند زیر معمولاً رخ می‌دهد.

- کلیه اشخاص به مجازاتی عادلانه محکوم می‌شوند.
- مورد به هیئت رسیدگی به تخلفات معرفی می‌گردد (در ایالات متحده)
- مورد به دادگاه آزمایشی فرستاده می‌شود.

مراحل دادخواهی تخلف به صورت زیر می‌باشند.

۱ـ پایه و اساس درخواست مناسب و به موقع است، کلیه عناصر تعهد ارایه‌شده‌اند. وظیفه، عدم ایفای وظیفه، علت، صدمات جدی

۲ـ کلیه اشخاص مورد اتهام (پرستاران، پزشکان، مرکز مراقبت بهداشتی) شرکت‌های بیمه، وکیل دعاوی جهت اجرای مجازاتی عادلانه فراخوانده می‌شوند.

۴ـ متهمان موارد اتهام را می‌پذیرند (اعتقاد بر این که انحراف از معیار مراقبت یا اثبات علت و صدمات پایه و اساسی ندارد)

۵ـ فعالیت‌های اکتشاف قبل از آزمایش: مروری بر گزارشات پزشکی و شهادت نام شاکی، متهمان و شاهدان

۶ـ آزمایش

۷ـ تصمیم یا حکم صادره

۸ـ اگر حکم صادره توسط طرفین پذیرفته نشده رأی به دادگاه پژوهش ارسال می‌شود.

پرستار ممکن است در طول مراحل قانونی به عنوان متهم، شاهد جرم و یا شاهدی متخصص قرار گیرد.

پرستار به عنوان متهم[1]

پرستاری که به عنوان متهم فراخوانده می‌شود باید همراه با وکیل دعاوی جهت دفاع از خود آماده شود. وکیل لیست پرستار را از طریق خود پرستار (تعهد بیمه شخصی) یا مرکز اشتغال تأمین می‌کند. پیشنهاداتی جهت پرستار متهم شامل موارد زیر است:

- مورد را برای هیچ یک از افراد مرکزتان (به استثناء مدیر) شاکی، وکیل شاکی، شاهد شاکی یا گزارشگران توضیح ندهید.
- گزارشات بیمار را اصلاح نکنید. دستکاری پرونده بزرگترین اشتباه شماست. می‌توانید دفاع خود را کاملاً نابود کنید.
- با وکیل خود کاملاً همکاری کنید. هیچگونه اطلاعاتی را از وکیل خود پنهان ننمایید. مطمئن شوید که آمادگی کامل جهت ادای شهادت را دارد.
- در جایگاه شاهد مودب باشید. داوطلبانه اطلاعاتی را بیان نکنید.

پرستار به عنوان شاهد جرم[2]

پرستار به عنوان فردی که از وقوع حقایق مطلع است ممکن است همراه با وکیل دعاوی برای ادای شهادت در نقش شاهد جرم فراخوانده شود. شاهدان جرم، پس از ادای سوگند، باید شهادت خود را بر پایه اطلاعات دست اول از واقعه و نه بر پایه فرضیات استوار کنند. از پرستار در مورد این که آیا شهادت بر اساس وقایع جمع‌آوری شده مستقل است یا بر پایه موارد ثبت

1- Defendant 2- Witness

جدول ۳-۷. حیطه‌های بالقوه تعهد در پرستاران

حیطه‌های بالقوه تعهد	مثال
معیار I: بررسی و شناخت	
پرستار اطلاعات سلامتی بیمار را جمع‌آوری می‌کند ● نقص اطلاعات حاصل (در زمانی که بیمار در مرحله پذیرش بدحال‌تر از آن است که به سؤالات پاسخ دهد. ● حذف یا اشتباه در ثبت اطلاعات ● نارسائی در ثبت برنامه مراقبتی (و موارد اجرایی) بیمار و لزوم بررسی مجدد پرستاری ● نارسایی در تشخیص و گزارش تغییرات مهم در وضعیت بیمار	● کوک ضعیف‌تر از آنکه در زمان پذیرش وزن شود، در چارت وزن بیمار ثبت نشده است. میزان آنتی‌بیوتیک بعد از عمل جراحی کمتر از آنکه از بروز عفونت پیشگیری کند (باید بر اساس وزن نوزاد محاسبه گردد (تولید آبسه) ● پرستار در تشخیص و گزارش علائم قابل مشاهده در خانم سالمندی که در معرض خطر سوء استفاده توسط دختر بزرگش در منزل قرار گرفته است دچار اشتباه می‌شود. ● تاریخچه قبلی بیمار دوره‌هایی از اختلال شعور را نشان می‌دهد در حال کتک زدن هم اطاقی خود با برس سر دیده می‌شود. ● مراحل زایمان مادر پیشرفت نمی‌کند، پرستار نسبت به علایم دیسترس جنین آگاه نیست به متخصص زنان و زایمان اطلاع داده شده است، صدمات غیر قابل برگشت مغزی در جنین ● بهبودی پس از بیهوشی بیماری سالم دیرتر از معمول صورت می‌گیرد علایم بروز سکته مغزی (اختلال تکلم، اشکال در حرکت اندام، اختلال به یک سمت) موجود و ثبت نشده است.
معیار II: تشخیص	
پرستار اطلاعات حاصل از بررسی را جهت ارایه تشخیصی‌های پرستاری تجزیه و تحلیل می‌کند. ● نارسائی در تعیین اولویت تشخیص‌های پرستاری بحرانی در مراقبت از بیمار ● در تشخیص پرستاری اشتباه صورت گرفته و بیمار فردی منفی معرفی می‌گردد.	● در هیچ قسمت از برنامه مراقبتی موجود، نکته‌ای در مورد سابقه خفگی با غذا (اختلال بلع) ثبت نشده است و نظارت دقیق نشانگر آن است که در زمان صرف غذا بیمار کلم بروکسل را آسپیره نموده و می‌میرد.
معیار III و IV:	
تعیین برایند و برنامه‌ریزی پرستار برآیندهای مورد انتظار مخصوص به بیمار را تعیین می‌کند. ● هیچ نکته‌ای در برنامه مراقبت پرستاری نشانگر آگاهی و حساسیت پرستاران نسبت به سابقه مراقبت بهداشتی وجود ندارد.	● پرستار برنامه مراقبتی حاوی مداخلات تجویز شده جهت رسیدن به برآیند مورد انتظار را طراحی می‌کند. ● بیمار چاق با سابقه نارسائی گردش خون بعد از عمل بزرگ شکمی مکرراً دچار آمبولی می‌گردد، بیمار پس از آمبولی وسیع ریوی فوت می‌کند برنامه مراقبتی نشانگر آن است که توجه و تلاشی جهت جبران عدم حرکت بیمار صورت نگرفته است خانواده بیمار اظهار می‌کند هیچ پرستاری در مورد تشویق به حرکت وی با ایشان مشاوره نکرده است.
معیار V: اجرا	
پرستار مداخلات تعیین شده در برنامه مراقبتی را اجرا می‌کند. ● گزارش پرستاری هیچ نکته‌ای را در مورد تلاش جهت آموزش ضوابط مناسب مراقبت از خود به بیمار و خانواده او نشان نمی‌دهد. ● مداخلات پرستاری با معیارهای معمول پرستاری اختلاف دارد (کمبود پرسنل، عدم تمایز در توزیع پرستار، عدم تجربه پرستار، تجهیزات یا منابع اشتباه و ناکافی)	● مردی بیمار از بخش اورژانس با عصا مرخص می‌گردد او در اولین روز به زمین می‌افتد شکست مجدد پا نشان‌دهنده این است که آموزش در مورد چگونگی راه رفتن با عصا به او داده نشده است. ● زخم پوستی بیمار سالمند وضعیت بدتر شده متعاقب آن وخامت عضله سپسیس به نظر می‌رسد پرستاران نسبت به برنامه درمانی زخم فشاری آگاهی نداشته درمان وجود ندارد.
معیار VI: ارزیابی	
پرستار سیر بهبودی بیمار به سمت برآیندهای مورد انتظار را ارزیابی می‌نماید. ● شواهدی دلیل بر ارزیابی پرستار در رسیدن به اهداف در برنامه مراقبتی و گزارشات پرستاری وجود ندارد. ● بیمار قبل از رسیدن به اهداف کلیدی، مرخص شده و پیگیری آموزش صورت نمی‌گیرد.	● مرد بیماری به تازگی تحت درمان با انسولین قرار گرفته است و بدون آگاهی از ارتباط میان غذا، ورزش، و انسولین و تنها پس از تزریق انسولین توسط خود از بیمارستان مرخص می‌گردد. ارجاعی جهت ملاقات پرستار وجود ندارد بیمار مجدداً پس از دو هفته با کاهش شدید قند خون ناشی از تجویز بیش از حد انسولین در بیمارستان پذیرفته می‌شود.

شده در گزارشات بیمار، سؤال می‌شود. پرستار ممکن است شهادت بدهد و «خانم جوتر را به خاطر نمی‌آورم، اما با مروری بر گزارشات متوجه شدم که من در بعد از ظهر روزهای ۱۰، ۱۳، ۱۴ و ۱۷ ژوئن از او مراقبت نمودم» زمانی که نسبت به حقایق مشکوک هستید، پرستار باید به سادگی اظهار کند «چیزی را به خاطر نمی‌آورم» تحقیقات جدید در مورد حافظه نشانگر آن است که افراد اغلب چیزهایی متفاوت از آنچه که بوده را به خاطر می‌آورند این امر ارزش حافظه شاهد را روشن می‌نماید. بنابراین گزارش دقیق و صحیح بهترین گواه پرستار است.

پرستار به عنوان شاهد متخصص

پرستار ممکن است توسط وکیل جهت ادای شهادت به عنوان شاهدی متخصص فراخوانده شود. حضور جهت پاره‌ای از توضیحات برای قاضی، هیئت منصفه در مورد وقایع بر اساس پرونده بیمار و اظهار عقیده در باره این که آیا مراقبت‌های پرستاری با تکیه بر معیارهای قابل قبول ارایه شده است. پرستاران شاهد متخصص، نیاز به زمینه آموزشی محکم و تجربه بالینی قوی جهت مقابله با اتهامات دارند. پرستاران همچنین به درک مقولات قانونی و تخلفات در پرستاری و آگاهی از قانون کشوری حرفه پرستاری و معیارهای مراقبت پرستاری در محل بروز وقایع نیاز دارند.

حفاظ‌های قانونی برای پرستار

رضایت‌نامه

هر فردی این مطالب را به درستی بیان می‌کند که از نشانه‌های آزادی فردی آن است که تا زمانی که رضایت شخصی جلب نشود نمی‌توان با وی تماس برقرار کرد. در تمامی مؤسسات درمانی به منظور پذیرش بیمار برای شروع اقدامات معمول درمانی، انجام اقدامات تشخیصی تخصصی و یا اعمال جراحی و یا هرگونه دخالت پزشکی در فرد، در درجه اول لازم است که رضایت وی جلب شود. این رضایت باید به صورت یک رضایت‌نامه مکتوب بوده و با امضای فرد مورد نظر نیز رسیده باشد. و چنانچه وی قادر به این کار نباشد، لازم است که یکی از افرادی که به لحاظ قانونی در قبال ایشان مسئول هستند تأیید گردد. در مواردی همچون شرایط اورژانس و یا مواردی از قبیل عدم توانایی بیمار برای اعطای رضایت و یا عدم دسترسی به اقوام و نزدیکان وی با نظر گروه درمان مبنی بر اضطراری بودن شرایط بیمار می‌توان از طیب رضایت بیمار صرف نظر کرد. اگرچه یکی از فواید رضایت در هنگام پذیرش بیمار استفاده از آن در موارد احتمالی طرح اقامه دعوی در دادگاهها می‌باشد. اما با این وجود مهم‌ترین نکته در تکمیل آن، احساس آرامش و آسایش است که با امضای آن به خود بیمار منتقل می‌شود. از بهترین ارکان مورد توجه در حین تکمیل برگه رضایت‌نامه توجه به اصل عدم انتشار اطلاعات بیمار، توجه به قدرت فهم و درک وی، صلاحیت او به انجام این کار و در نهایت نشانه داوطلبانه بودن مشارکت وی در فرایند درمان است.

با تکمیل برگه رضایت‌نامه به نوعی احساس مسئولیت برای فردی که در فرایند درمان مداخله می‌کند و یا افرادی که در مطالعات پزشکی دخالت خواهند کرد ایجاد می‌کند. نقش پرستار در تکمیل برگه رضایت‌نامه آن است که وجود امضای بیمار در برگه رضایت‌نامه رادر چارت درمان نیز تأیید کرده و در حین مراحل تکمیل نیز موظف است که به سؤالات و پرسش‌های وی پاسخ دهد. در پاره‌ای از موارد ممکن است که بعد از آنکه پزشک معالج در مورد نحوه درمان، خطرات کار و یا درمان‌های جایگزین، توضیحات لازم را برای بیمار داده پرستار به بیمار در امضای برگه رضایت‌نامه کمک کند.

برگه رضایت‌نامه کتبی به هیچ عنوان نباید از مفادی برخوردار باشد که با توضیحات شفاهی که به بیمار داده می‌شود تفاوت داشته باشد. به هنگام تکمیل برگه رضایت‌نامه پرستار باید به این مسئله توجه داشته باشد که آیا بیمار متوجه کاری که انجام می‌دهد هست یا خیر و در این بین اطلاعات لازم را در اختیار گروه پزشکی معالج قرار دهد. بهترین روش برای کمک به فهم هرچه بیشتر بیمار از آنچه که دارد امضاء می‌کند آن است که بندبند برگه رضایت‌نامه را با همان زبانی که برای بیمار قابل فهم است، برایش توضیح داده شود. پرستاران اغلب در حین تکمیل برگه رضایت‌نامه توسط بیمار با پرسش‌هایی در مورد نحوه و فرآیند درمان و خطرات احتمالی نهفته در آن مواجه می‌شوند. از مهم‌ترین موانع موجود بر سر راه تکمیل برگه رضایت‌نامه می‌توان به عصبانیت بیمار، احساس درد، افسردگی، تأثیر داروها و یا سردرگمی و گیجی موقت و یا دائمی بیمار اشاره کرد. سرپرستار می‌تواند به عنوان شاهد رفتارهای بیمار در قبال تکمیل برگه رضایت‌نامه، شهادت داده و زیر برگه را امضاء نماید. مبنی بر آن که رضایت بیمار با نهایت هوشیاری به مطالعه بندبند برگه مورد نظر پرداخته و آن را پذیرفته و امضاء نموده است.

از جمله پیامدهای عدم تکمیل برگه رضایت‌نامه توسط بیمار دیابتی اهمیت نسبت به آن این است که در صورت بروز هرگونه حادثه ناگوار، پرستار، پزشک و مؤسسه درمانی به عنوان متهم اصلی شناخته خواهند شد. البته در مواردی که خود بیمار از تکمیل برگه رضایت‌نامه امتناع می‌نماید باید در ثبت همین نکته نیز دقت کرد و در ضمن آن به بیان پیامدهای منفی احتمالی و

کادر ۳-۷. چک لیست تضمین رضایت آگاهانه

افشاگری
بیمار / نماینده وی از موارد زیر آگاه شده است: ۱) ماهیت، روش ۲) خطرات (ماهیت خطر، اهمیت، احتمالات) و ۳) تغییرات (شامل انصراف از درمان) ۴) این واقعیت که هیچ برایندی ضمانت نمی‌شود.

جامعیت
بیمار / نماینده وی قادر به تکرار صحیح گفتاری آنچه که رضایت داده‌اند، می‌باشد.

صلاحیت
بیمار اطلاعات مورد نیاز را درک کرده و قادر به استدلال ارزشهاست، اولویت را رعایت می‌نماید. نماینده وی (در صورت نیاز) از موارد فوق آگاه است، آرزوهای قابل دسترس بیمار را می‌شناسد و از هرگونه استرس عاطفی و تعلقات آزاد است.

اختیارات
بیمار جهت رضایت یا امتناع مختار است. مراقبت به دور از هرگونه فریبکاری و زورگوئی انجام خواهد گرفت.

خطرناک این کار برای بیمار نیز باید پرداخت. برای این منظور بیمار باید زیر برگه‌ای را معنا نماید که در آن اشاره شده است که در طول فرآیند درمان هیچ گونه مسئولیتی متوجه پزشکان، پرستاران و یا مؤسسه درمانی مذکور نخواهد بود این کار نیز باید به شهادت افراد مختلف برسد.

قراردادها[1]

قرارداد به پیمانی که بین دو نفر بسته می‌شود اطلاق می‌شود. موافقت به صورت نوشتاری یا گفتاری می‌باشد، گرچه اثبات قرارداد گفتاری بسیار مشکل است. قانون قراردادها، راهکاری را برای پیمان‌شکنی فراهم می‌سازد، زیرا که فرد متضرر از نقص قرارداد باید خسارت را جبران نماید. برای آنکه قراردادی قابلیت اجرای قانونی داشته باشد باید موافقت واقعی طرفین قرارداد،۱ بررسی معتبر، هدف قانونمند، سلامت طرفین و نیازهای رسمی قانونی را دارا باشد.

پرستاران شاغل قراردادهایی معتبر و تعهدات قانونی را با کارفرما و بیمارانشان منعقد سازند. آگاهی کامل ایشان از محتوی قرارداد قبل از موافقت بسیار حایز اهمیت است. قرارداد استخدامی، انتظارات شما از کارفرما و کارفرما از شما را مشخص می‌کند. کارفرمایی که مکرراً انتظار مسئولیت سوپروایزری بدون مزایا را دارد یا کسی که بدون علت شما را اخراج می‌کند از موارد شایع نقص قرارداد می‌باشد.



شکل ۱-۷. عناصر سازنده رضایت آگاهانه شامل افشاگری، جامعیت، صلاحیت و اختیارات می‌باشند. موارد ثبت فرآیند رضایت در فرم چاپ شده نباید با توضیحات ارایه شده به وی و فرم رضایت او در تضاد باشد.

آموزش به بیمار

دادگاههای ایالات متحده قانون آگاهی بیمار را وضع کرده و آموزش به بیمار را به عنوان وظیفه قانونی پرستار قرار داده‌اند. معیارهای آموزشی به بیمار از معیارهای حرفه‌ای، ملی و قوانین کشوری حرفه پرستاری، معیار توصیف شده در سیاستها، روشها و توصیف شغلی مرکز مراقبت بهداشتی مشتق می‌گردند. فرم‌های مخصوص ثبت بررسی نیازهای یادگیری بیماران توسط پرستاران و به منظور آموزشهای بعدی در بسیاری از مراکز موجود می‌باشد. نارسائی در هدایت یا ثبت نیازهای یادگیری و یاددهی به عنوان سهل‌انگاری تلقی می‌گردد.

خطوط راهنمای انسانی برای پرستاران به منظور ارایه ماهرانه مسئولیت آموزش در بیمار شامل موارد زیر است، در واحد اجرایی خود مسئولیت پرستاری برای آموزش مواردی خاص به بیماران را مشخص نمایید. شرح وظایف خود را در نظر گرفته و با سیاست‌های مرکز در رابطه با آموزش بیمار و ثبت آن آشنا شوید. مهمترین هدف پرستاری یعنی کمک به بیمار جهت ارایه مراقبت از خود را به خاطر داشته باشید. در زمینه طراحی برنامه مراقبتی برای بیمار و خانواده وی توضیح داده و نیازهای یادگیری و آمادگی‌های یادگیری را برای ایشان مشخص نمایید. برنامه آموزشی را به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی ثبت نمایید. کلیه کوشش‌های پرستاری را که به منظور آموزش بیمار و خانواده او در رابطه با ارایه مراقبت بهداشتی صورت گرفته و پاسخ بیمار نسبت به آن را ثبت کنید. در صورت امتناع بیمار از آموزش بهداشتی یا ارجاع پرستار به اعضا خانواده (مانند درباره قرص‌ها با همسرم صحبت کنید او در منزل به من دارو می‌دهد) این موارد را

1- Contract

کادر ۴ـ۷. پیشگیری از تخلف در پرستاری

اتهامات مکرر علیه پرستاران و راهنمایی‌های پیشگیری کننده مربوط به آن

۱ـ نارسائی در اطمینان از ایمنی بیمار

- بیمار را طبق برنامه‌ای زمان‌بندی شده کنترل کنید. مدار بالقوه صدمه را بررسی و ثبت نمایید. نیازهای ایمنی در برنامه مراقبتی قرار دهید.
- حیطه‌های کاربرد تجهیزات محافظتی را به طور واضح مشخص نمایید. از سیاست مرکز در زمینه کاربرد تجهیزات محافظتی موجود اطمینان پیدا کنید.
- اطلاعات در زمینه ایمنی بیمار و مداخلات جدید در جهت پیشگیری و کاهش صدمات را به روز کنید.
- ارزیابی کنید که آیا بیمار در معرض خطر بروز صدمه قبل از وقوع قرار دارد.

۲ـ درمان یا اجرای موارد درمانی به طور نامناسب

- سؤال کنید درمان‌های مورد نظر شما نامناسب هستند از سیاست مرکز خود در مورد سؤال از یک دستور مشکل آفرین آگاه شوید.
- تکنیک‌های مناسب را جهت اجرای موارد درمانی به کار ببرید و روشهای مرکز را دنبال کنید.
- در صورت عدم اطمینان از یک روش جدید کمک بگیرید.
- از اجرای اقدامات خودداری کنید تا زمانی که بدانید چه می‌کنید، چرا می‌کنید از وظایف بررسی و آموزشی خود آگاه شوید.
- مهارت‌های بالینی خود را از طریق کلاسهای آموزشی، کنفرانس‌ها و بازآموزی به روز کنید.

۳ـ نارسائی در کنترل و گزارش

- براساس دستورات پزشک بیمار راکنترل کنید مگر آنکه تغییری در وضعیت بیمار نیاز به تغییر در تکرار دستورات ایجاد شود. نیاز به تغییر را به پزشک گزارش دهید.
- هرگونه اطلاعات در خواستی یا تغییرات مهم در وضعیت بیمار را گزارش دهید. اگر از اهمیت تغییرات مشاهده شده اطمینان ندارید با همکار خبره خود مشورت کنید.
- بررسی پرستاری را به طور منظم و مناسب انجام دهید.
- از کافی بودن نسبت پرستار به بیمار اطمینان حاصل کنید.

۴ـ اشتباهات و عوارض دارویی

- در مورد صحت دستورات سؤال برانگیز دارودرمانی تحقیق کنید.
- در مورد صحت نام بیمار قبل از اجرای دارودرمانی تحقیق کنید.
- به اعتراض بیمار علیه دارودرمانی گوش فرا دهید و نکات مورد نظر بیمار را قبل از دارودرمانی بررسی کنید.
- اگر سؤالی در مورد مقدار و عوارض جانبی دارو دارید به یکی از منابع اطلاعات داروئی مراجعه کنید.
- از سیاست مرکز خود در مورد دستورات شفاهی یا کتبی داروئی و اجرای دارودرمانی آگاه شوید.
- اطلاعات دارودرمانی خود و پروتکل‌های جدید اجرای دارودرمانی را به روز کنید.

۵ـ نارسائی در تبعیت از روش کار مرکز

- از روش کار مرکز آگاه شوید. مطمئن شوید که اشنائی شما با وظایف جدیدتان با سیاست‌ها و شیوه‌های کار سازمان هماهنگی دارد.
- اگر شما باید روش را کنار بگذارید، در مورد آن با سوپروایزر خود صحبت کنید در رابطه با روش مناسب تصمیم بگیرید.
- در صورت نیاز به اصلاح از افراد مناسب جهت انجام کار استفاده نمایید.

۶ـ گزارش نویسی

- اطلاعات مهم درباره بیمارتان را به صورت عینی و واقعی ثبت کنید.
- از سیاست گزارش نویسی مرکزتان آگاه شده و از آن تبعیت کنید.
- اطلاعات را از نظر زمانی مشخص کنید، از قبیل زمان اجرای فعالیت‌ها، تهیه شرح حال یا اجرای بررسی بیمار
- گزارش به صورت خوانا نوشته، به طور صحیح هجی شود و فقط از اصطلاحات مخفف مورد تأکید مرکز استفاده شود.
- در صورت ثبت گزارش در کامپیوتر حریم خصوصی بیمار را در نظر بگیرید.
- کیفیت گزارش را به طور مرتب ارزیابی نموده و دانش خود را در زمینه گزارش نویسی جدید به روز کنید.

۷ـ کاربرد تجهیزات

- روش صحیح و ایمن کاربرد تجهیزات را فراگیرید. هرگز بدون آشنایی با تجهیزات از آن استفاده نکنید.
- کاربرد روشهای از پیش تعیین شده، در زمان آموزش بیماران در مورد چگونگی به کارگیری تجهیزات و اطمینان از این که همه پرستاران روش مشابهی را جهت آموزش بیماران به کار گرفته‌اند.
- ایجاد ارتباط تلفنی ۲۴ ساعته با بیمارستان یا مرکز مراقبت در منزل، جهت بیمارانی که در منزل مراقبت می‌شوند و در شرایط اورژانس قرار دارند.
- از قابلیت بیماران در استفاده از تجهیزات قبل از اجازه کاربرد آن مطمئن شوید.
- از کاربرد تجهیزات جدید یا تعدیل شده آگاه شوید.

۸ـ وقایع نامطلوب

- زمانی که وقایعی نامطلوب رخ می‌دهند، بر اساس سیاست مؤسسه گزارش را کامل نموده و آن را به امضاء همه افراد برسانید.
- تقصیر یا گناه واقعه را گردن کسی نیاندازید.
- به توصیه‌های سازمان در مورد گزارش مراقبت از بیمار آگاه باشید.
- برنامه‌های حمایتی مرکز مسئولیت محافظت در مقابل صدمه به بیمار را به عهده داشته و تا آنجا که امکان دارد از مؤسسه و پرستاران شاغل در آن دفاع می‌کند.

۹ـ مددجوی دچار ویروس نقص ایمنی انسان (HIV)

- از اقداماتی که موجب دادخواهی می‌گردد آگاه باشید.
- تبعیض در درمان
- انتقال بیمارستانی ویروس
- نقص رازداری
- آزمایش بیمار از نظر HIV بدون کسب رضایت آگاهانه
- آگاهی و تبعیت از سیاست مؤسسه در مورد چگونگی مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های عفونی دانش خود را در زمینه عفونت HIV به روز کنید. با ضوابط ملی (نظیر تأکید مراکز کنترل بیماری) و قوانین مربوط به کشور / ایالت آشنا باشید.

در پرونده ثبت کنید. اگر آموزش به بیمار موجب افزایش اضطراب او می‌گردد و خواهان عدم دریافت اطلاعات بیشتر است پرستار باید پاسخ ابتدایی بیمار نسبت به آموزش، درخواست بیمار جهت قطع آن و علت اطاعت پرستار از این موضوع را ثبت کنید.

از آنجایی که ثبت موارد آموزش به بیمار وقت گیر است پرستاران باید نوع گزارش نویسی بیمار را که به طور معمول انجام می‌گیرد مشخص نماید. استفاده از فرم‌ها و چک لیست‌ها موجب تسریع ثبت گزارش می‌شود. برای مثال چک لیست مراقبت قبل از عمل تسهیلات آموزش قبل از عمل را فراهم می‌سازد و اغلب به عنوان مدرکی از آموزش قبل از عمل در دادگاه ارایه می‌گردد. سایر الگوهای موفق شامل فرم هائی برای ثبت آموزش بیماران مبتلا به دیابت، آموزش پس از آنفارکتوس میوکارد و آموزش بعد از زایمان و مراقبت از کودک به مادر می‌باشند. نقش آموزش پرستار در فصل ۲۲ توضیح داده شده است.

اجرای دستورات پزشک

پرستاران مسئول قانونی اجرای دستورات پزشک جهت بیمار هستند مگر آنکه اجرای دستوری موجب بروز صدمه در شخص گردد. خطوط راهنما در زمان اجرای دستورات به شرح زیر می‌باشد:

۱ـ با افرادی که در انجام فعالیت پرستاری شما نقش داشته و به صورت قانونی دستورات اجرایی را برای پرستار می‌نویسند آشنا باشید (در بسیاری از کشورها، دستیار پزشک اجازه قانونی ارایه دستورات برای پرستار را ندارد)

۲ـ با سیاست سازمان یا مرکز خود و ارتباط با دستورات پزشک آشنا باشید.

۳ـ سعی کنید کلیه دستورات پزشک را کتباً دریافت کنید. دستورات شفاهی و تلفنی باید در عرض ۲۴ ساعت به امضاء رسانیده شود. نکات زیر موجب کاهش خطاهای ناشی از دستورات تلفنی می‌گردد:

الف ـ محدودیت دستورات تلفنی مگر در مواقع اورژانس که چاره‌ای وجود ندارد.

ب ـ تعیین پرستار دریافت کننده دستورات تلفنی (مثل فردی که سابقه آموزشی و تجربه بیشتری دارد)

ج ـ تکرار دستور تلفنی برای پزشک به منظور تأیید

د ـ دستور، تاریخ و ساعت آن، شرایط نیازمند دستور، موارد تجویز و تأیید مجدد دستور پزشک با دوبار خواندن برای او و نام خود را ثبت کرده و نوع (دستور شفاهی) یا (دستور تلفنی) را مشخص سازید.

هـ ـ زمانی که خطوط تلفن این امکان را به وجود می‌آورد دستور سؤال برانگیز توسط دو پرستار شنیده شود و به امضاء هر دو رسانیده گردد.

۴ـ موارد زیر را از پزشک سؤال کنید:

الف ـ دستورات مبهم

ب ـ متناقض با اقدامات معمولی (مثل افزایش غیر طبیعی دوز داروئی)

ج ـ متناقض با شرایط موجود بیمار (مثل بهبود شرایط بیمار و عدم نیاز به درمانهای شدید) کنترل مجدد هر دستور مورد سؤال بیمار، از اقدامات مفید پرستار است.

گزارش نویسی

گزارش نویسی در فصل ۱۷ شرح داده شده است در این فصل بر درگیری‌های قانونی گزارش نویسی اشاره می‌شود.

گرچه بسیاری از پرستاران صرف وقت جهت تعامل با بیمار را به گزارش‌نویسی ترجیح می‌دهند، گزارش‌نویسی دقیق یک محافظ سرنوشت‌ساز قانونی برای پرستار است. گزارش باید به صورت واقعی، دقیق، صحیح، کامل و به موقع ثبت شود. فرض قانون آن است که اگر مواردی ثبت نشده است انجام داده نشده است. این موارد حتی فعالیت‌های معمول مثل کنترل علایم حیاتی تا تغییر وضعیت بیمار و تضمین ایمنی بیمار را نیز در بر می‌گیرد.

پرستاران باید مطمئن شوند که طرح مراقبت پرستاری بخشی از گزارش دائمی بیمار است. مراکز مراقبتی باید انواعی از برگه‌های ثبت گزارش را که موجب تسریع و تکمیل کنترل معمول پرستاران می‌گردد، داشته باشند. پرستار باید گزارش جامع از هر مشکل بیمار که در نوبت کاری خود با آن برخورد نموده، بنویسد. یادداشت باید موارد ماهیت مشکل، چگونگی مداخله پرستار، پاسخ بیمار و زمان مناسب، اولویت بعد در مراقبت را در بر گیرد. پس از ثبت مشکل، ارایه گزارش پرستاری از چگونگی مراقبت تا زمان حل مشکل بیمار ادامه می‌یابد.

مشکل مشترک پرستاران عدم آگاهی از چگونگی ثبت رخدادهاست. برای مثال زمانی که پرستار معتقد است بیمار نیازمند توجهات و مداخلات پزشکی است اما پزشک مسئول به تماس برای کمک پاسخ نمی‌دهد. در این مورد بهترین محافظ قانونی پرستار ثبت دقیق حقایق رویداد بدون استفاده از جملات اتهام برانگیز است از قبیل «هیچکس نتوانست ببیند ما به سرعت در حال از دست دادن بیمار بودیم» یا «یکبار دیگر دکتر جونز در زمان نیاز بیمار در دسترس نبود» در گزارش زمان تماس با پزشک، زمان پاسخ یا عدم پاسخ گوئی و فعالیت بعدی پرستاری (مثل اطلاع به سوپروایزر پرستاری) باید ثبت شود. بعضی از

گزارشات تأیید کننده آن است که پرستار به دقت بیمار را بررسی نموده، سرنخ‌های مشخصی را شناسایی کرده به طور مناسبی آنها را گزارش نموده است. سوپروایزر پرستاری باید گزارش بعدی را مشاهده مورد و اقدامات ارایه شده را ثبت نماید. بیماری که از روند درمانی تبعیت نمی‌کند و تدابیر پرستاری در این زمینه باید ثبت شود.

پرسنل کافی

کمبود تعداد پرسنل مشکلی است که موجب کاهش کیفیت مراقبت پرستاری شده و ایمنی بیمار را به خطر می‌اندازد. راه‌حل‌های موقت کنترل کمبود پرسنل مثل انتقال پرستار از یک بخش، واحد دیگر یا درخواست اضافه کاری یا دوبرابر نوبت کاری (پشت سر هم) غیرموثرند زیرا می‌تواند ایمنی بیمار را به خطر بیاندازد. پرستار در مراکز فاقد پرسنل کافی، تحت قضاوت معیار حرفه‌ای قرار گرفته و باید مسئولیت کار و وظایف پرستاری محول شده به دیگران را بپذیرد. بنابراین اگر بیمار به قصور در مراقبت از وی اعتراض نماید، اظهارات پرستار در مورد این که کار زیاد موجب عدم ارایه وظایف واقعی گشته، زمینه‌ای کافی برای دفاع قانونی را فراهم نمی‌سازد. اگر بیمار دچار صدمه‌ای گردد، مرکز و پرستار شاغل هر دو شریک جرم شناخته می‌شوند، بعضی از انجمن‌های پرستاری کشوری «فرم‌های اعتراض شغلی» را علیه به کارگیری تعداد کم پرسنل توسط کارفرما استفاده می‌کنند.

بیمه مسئولیت حرفه‌ای

گرچه صلاحیت اجرایی همیشه بهترین محافظ قانونی پرستار است، افزایش تعداد و تخلفات پرستاری، پرستاران را به فکر بیمه مسئولیت‌شان انداخته است. پرستاران می‌توانند این بیمه را از طریق ANA و سایر انجمن‌های پرستاری و منابع دیگر بدست آورند.

دلایل ANA (۱۹۹۳) برای تأمین سیاست بیمه مسئولیت حرفه‌ای به قرار زیر است:

- حمایت از بهترین علائق پرستاران، اگر پرستاری به علت فعالیت خلاف یک مرکز مجرم شناخته شود موجب تعارض میان پرستار و مرکز می‌گردد. پرستاران هیچگونه ضمانتی در مقابل علائق ارایه شده خود ندارند مگر آنکه از طریق وکیل، خود را تحت پوشش بیمه قرار دهند.
- محدودیت بیمه کارفرما، اغلب مراکز مراقبت بهداشتی از بیمه خسارت استفاده می‌کنند به این معنی که اگر پرستار کار بیشتری ارایه ندهد یا کار نکند، تحت پوشش بیمه قرار نمی‌گیرد.
- ارایه مراقبت یا مشاوره خارج از کار، سیاست کارفرما تنها پرستار را در محل کار پوشش می‌دهد.

برنامه‌های کنترل خطر

بسیاری از مراکز مراقبت بهداشتی به امید کاهش میزان تخلفات، برنامه‌های کنترل خطر را به منظور تشخیص، تجزیه و تحلیل و مهارت خطرات طراحی نموده‌اند. موارد زیر عناصر یک برنامه جامع کنترل خطر را نشان می‌دهند.

- برنامه ایمنی. هدف آن ایجاد فضائی امن است که نیازهای ایمنی بیماران، پرسنل و ملاقات کنندگان را برآورده سازد.
- برنامه محصولات ایمنی. هدف تضمین تجهیزات ایمن و کافی است که تجهیزات پیشرفتهٔ ارزیابی و نگهداری را شامل می‌شود.
- برنامه تضمین کیفیت. هدف آن تأمین کیفیت مراقبت بهداشتی برای بیماران است که ارزیابی پیشرفته کلیه سیستم‌های کاربردی در مراقبت از بیمار را در بر می‌گیرد.

مدیران خطر منبع مفیدی جهت پاسخگویی به سؤالات قانونی پرستاران می‌باشند.

گزارشات بروز[1]، شیوع[2] و وقوع[3]

گزارش بروز که گزارش شیوع یا وقوع نیز خوانده می‌شود در مراکز مراقبت بهداشتی به منظور ثبت هرگونه رخداد غیر معمول که موجب ایجاد صدمه در بیمار، پرسنل یا ملاقات کننده می‌شود یا ناشی از آن ایجاد می‌گردد به کار می‌رود (شکل ۲-۷) این گزارشات جهت ارتقاء کیفی به کار رفته و به عنوان فعالیت انضباطی علیه کارکنان به کار نمی‌رود آنها به منظور شناسایی خطرات استفاده می‌شود و صدمات حاصل از چشم‌پوشی از اشتباهات بیشتر از نتایج مفید آن است.

گزارشات بروز موجب ارتقاء درمان و مراقبت بیماران پرخطر گشته و آغازی برای برنامه‌های پیشگیری از مشکلات آینده است این فرم‌ها کلیه حقایق را در جریان دادخواهی مشخص می‌نماید.

پرستار مسئول بروز صدمه بالقوه یا بالفعل یا شاهدان حادثه، افرادی هستند که فرم بروز را تکمیل می‌کنند و این فرم باید حاوی نام کامل فرد یا افراد درگیر، اسامی کلیه شاهدان، مشخصات واقعی حادثه تاریخ، ساعت و محل وقوع مشخصات فرد یا افراد درگیر (مثل هوشیار، بی‌قراری، خواب) هرگونه تجهیزات یا منابع به کار رفته و هرگونه متغیر دیگری که در بروز واقعه حائز اهمیت است.

1- Incident
2- Variance
3- Occurrence

گزارش ثبت اطلاعات و رویدادهای درمانی

برگه تکمیل شده باید به مرکز کنترل خطرات بیماری‌ها ارسال شود.
این برگه به عنوان قسمتی از فرایند بهبود نحوه درمان تلقی می‌شود.
محرمانه، به هیچ عنوان نباید تکثیر شود.
در برگه ثبت اطلاعات بیمار نباید بایگانی شود.
تمامی قسمت‌ها باید تکمیل شود.

تعریف رویداد درمانی: چنانچه مراحل درمان تحت‌کنترل تیم درمانی و بیمار باشد و در عین آن حادثه‌ای قابل پیشگیری رخ دهد که باعث ناکارآمدی روند درمان و یا آسیب رساندن به بیمار شود تحت عنوان رویداد درمانی تلقی می‌گردد. چنین مسئله‌ای ممکن است در ارتباط با نوع دانش اعضای تیم‌درمانی، موارد محصولات مورداستفاده در فرآیند درمان، سیستم‌های درمانی نظیر نوع‌تجویزها، نوع‌بسته‌بندی مواد مورداستفاده و... باشد.

بخش الف: این گزارش توسط.................. نوشته شده است. عنوان:.................. تاریخ / ساعت:..................

وقوع رویداد:........... طبقه / واحد:........... تاریخ وقوع رویداد:........... زمان وقوع رویداد: ... بیماری بستری ☐ بیمار سرپایی ☐

نوع اشتباه شناسایی شده: در زمان همان نوبت کاری ☐ در همان روز کاری ☐ در یک روز دیگر ☐

کارکنان درگیر در اشتباه رخ داده: کارکنان RN ☐ مؤسسه RN ☐ داروساز ☐ NP ☐
بهیاران ☐ پزشک وقت ☐ نام:..................

سایر کارکنان درگیر در این مسئله: کارکنان RN ☐ مؤسسه RN ☐ داروساز ☐ پزشک ☐

کارکنانی‌که اشتباه را متوجه شده‌اند: کارکنان RN ☐ مؤسسه RN ☐ داروساز ☐

آیا پزشک در جریان امر قرار گرفته است؟ آری ☐ خیر ☐ تاریخ.................. ساعت..................

بخش ب: نوع درمان:.................. درمان‌های دیگر:.................. آیا اشتباه در پرونده‌پزشکی ثبت شده‌است؟ آری ☐ خیر ☐

وریدی ☐ الف:.................. آیا خانواده بیمار و خود وی در جریان این مسئله قرار گرفته‌اند؟ آری ☐ خیر ☐

غیروریدی ☐ ب:.................. آیا خانواده بیمار و خود وی در جریان این مسئله قرار گرفته‌اند؟ آری ☐ خیر ☐

(اگر قرار گرفته‌اند نتیجه را بنویسید)

نوع اشتباه (برای تعاریف عناوین ذکر شده، نتیجه معکوس را مد نظر قرار دهید)	منشأ اشتباه (نقطه‌ای از مراحل درمان که لحظه شروع اشتباه بوده است؟)	شدت اشتباه / نتیجه کار
تجویزی ☐ از قلم‌افتادگی ☐ مجموع ــ برنامه ــ اشتباه در کنترل ☐ اشتباه در شناسایی بیمار ☐ اشتباه زمانی ☐ اشتباه در روش ☐ اشتباه در مقدار دارو ☐ دوز تجویز شده.................. دوز داده شده .... داروی داده شده ☐ دوز اضافی .... اشتباه در نوع اول دارو ☐ داروی تجویز شده .... تاروی داده شده .... دارو داده‌شده ولی تجویزنشده ☐ داروی داده شده.................. دوز دارو.................. اشتباه در نوع تهیه دارو ☐ اشتباه در میزان استفاده ☐ عدم توجه به آلرژی بیمار نسبت به دارو ☐ عدم تبعیت از پروتکل درمانی ☐ سایر موارد	**تجویز** ☐ ● دستخط ناخوانا ● اشتباه در نسخه تجویز شده ● اشتباه در امر تشخیص ● موارد تجویز ناکامل ● سایر موارد **روند اجرای تجویز** ☐ ● کاغذ کاربن درنیاورده شده باشد. ● نسخه با خطی غیر معمول نوشته شده باشد. ● نسخه به طور کامل نوشته نشده است. ● سایر موارد **مراحل نسخه‌پیچی** ☐ ● اطلاعات به طور کامل توسط داروساز وارد کامپیوتر نشده باشد. ● میزان دوز داروی تجویزی مناسب نبوده است. ● داروی فرستاده شده به میزان کافی نبوده ● برچسب دارو نادرست یا ناخوانا بوده است. ● در حمل دارو تأخیر رخ داده است ● سایر موارد **نحوه استفاده** ☐ ● داروی داده شده تجویز نشده است. ● داروی تجویز شده، داده نشده است. ● دارو به طور نادرستی داده شده است. ● دوز نامناسبی از دارو داده شده است. ● لوله انتقال دارو گیر کرده است. ● میزان نامناسبی برای انتقال دارو به بیمار در نظر گرفته شده است. ● پمپ دارو به طرز نامناسبی عمل می‌کند. ● پمپ دارو خاموش شده است. ● سایر موارد	☐ بخش A: شرایط به گونه‌ای است که زمینه را برای بروز اشتباه فراهم می‌آورد. ☐ بخش B: اشتباه رخ داده است اما دارو به بیمار داده نشده است. ☐ بخش C: دارو به بیمار داده شده است اما آسیبی به وی نرسانده است. ☐ بخش D: مسئله به بیمار آسیب نرسانده اما موجب بوجود آمدن نیاز برای کنترل بیشتر شده است. ☐ بخش E: آسیب موقت به بیمار وارد آمده و نیاز به درمان و مداخله بوجود آمده است. ☐ بخش F: آسیب موقت به بیمار وارد آمده و نیاز به بستری طولانی‌تر در بیمارستان است. ☐ بخش G: آسیب دائمی به بیمار وارد شده است. ☐ بخش H: آسیبی به بیمار وارد شده است که وی را در معرض خطر مرگ قرار داده است (مثل شوک آنافیلاکسی و حمله قلبی) ☐ بخش I: آسیب باعث مرگ بیمار شده است.

شکل ۲ـ۷

بخش ج: تجزیه و تحلیل / توصیه‌ها / اقدام:
دلایل احتمالی: کوتاه‌نویسی ☐ اشتباهات محاسباتی ☐ اشتباه در برقراری ارتباط و یا ترس از آن ☐ ورود اطلاعات به کامپیوتر ☐ اشتباه در نوشتن اعشار اعداد ☐ اشتباه در عملکرد تجهیزات ☐ اشتباه در کارکرد فاکس ☐ دستخط ناخوانا ☐ کارکنان بی‌تجربه ☐ سطح علمی کارکنان ☐ برچسب‌نویسی نادرست داروها ☐ برچسب‌نویسی نادرست محصولات ☐ درمانی از سوی کارخانه تولیدکننده ☐ اسامی مشابه ☐ تعیین هویت بیمار ☐ تعویض نوبت‌کاری ☐ شناور بودن نوبت‌کاری کارکنان ☐ دوزکم ☐ کمبود امکانات ☐ اشتباه در آماده‌سازی ☐ عدم پیروی از دستورات پروتکل درمانی ☐ اشتباه در قرائت دستورالعمل درمانی ☐ اشتباه در طرز گفتار نحوه درمان ☐ اشتباه در طرز نوشتن نحوه درمان ☐ سایر موارد...

شکل ۲ـ۷

پزشک فرم بروز را با ثبت موارد معاینات پزشکی بیمار، پرسنل، یا ملاقات کننده دچار صدمه بالقوه یا بالفعل تکمیل می‌نماید. در بعضی از کشورها، گزارشات بروز به عنوان مدرکی در دادگاه به کار می‌رود. گزارش پرستار از وقایع بیمار باید شامل میزان کافی رخدادهای ثبت شده بیمار را در بر گیرد. علاوه بر این که پرستار گزارش بروز را آماده می‌سازد، گزارش نویسی در پرونده بیمار نباید تنها گزارش به ثبت رسیده، بروز را در بر گیرد.

حفظ سوابق و نتایج بیمار

سازمان صدور مجوزهای بخش درمان (JCAHO) در سال ۱۹۹۶ سیاست حفظ سوابق و نتایج درمان را به تصویب رساند و از آن زمان تاکنون بارها آن را مورد بازبینی قرار داده است. این سازمان حتماً سوابق و نتایج درمان را به عنوان حفظ رویدادهایی که به صورت غیر قابل منتظره‌ای رخ داده و باعث مرگ یا آسیب جدی جسمی روانی به بیمار و یا خطر بروز آنها تعریف می‌کند. آسیب جدی شامل قطع عضو و یا از دست دادن عملکرد طبیعی اندام‌هاست. عبارت «خطر بروز آنها» شامل هرگونه فرآیند عود مجدد بیماری است که می‌تواند به صورت بالقوه خطرات جدی به همراه داشته باشد. چنین مسائلی باید حفظ شوند چرا که در آینده ممکن است که به منظور اهداف تحقیقی و یا دعاوی حقوقی مورد استفاده قرار بگیرند. سازمان JCAHO انتظار آن را دارد که تمامی مراکز و مؤسساتی که از روی آن مجوز می‌گیرند نسبت به ثبت و حفظ سوابق و نتایج درمانی تلاش فراوانی داشته باشند تا در زمان مورد نیاز امکان دسترسی به آنها وجود داشته باشد. در چنین مواقعی باید بتوان با مراجعه به این منابع، زمینه مناسبی برای موشکافی دقیق و موثق وقایع رخ داده در اختیار داشت. در حفظ این سوابق، پرستاران نقش بسیار مهمی را به عهده دارند. Doni Hass که مدیر بخش مدیریت خطر یکی از بیمارستان‌ها بود در سال ۱۹۹۸ واقعه‌ای را شرح داد که در آن بر اثر یک اشتباه پزشکی، یک پسربچه ۷ سال فوت گردید او ذکر می‌کند که برای شناسایی علت مرگ نیاز است که علیه مراحل درمان به طرز دقیق و موشکافانه‌ای قدم به قدم مورد بازبینی مجدد قرار بگیرد. هر فرصتی که منجربه بروز اشتباه شده است یک فرصت مناسب برای جبران آن خواهد بود که نباید نادیده گرفته شود در این میان این که چقدر زمان صرف این کار خواهد شد اصلاً اهمیتی ندارد.

فهرست حقوق بیمار

انجمن بیمارستانهای ایالات متحده در سال ۱۹۷۲ طرح «فهرست حقوق بیمار» را منتشر کرده است. این فهرست به بیان کلیه حقوق، انتظارات و مسئولیت‌های یک بیمار را زمانی که در بیمارستان بستری می‌شود می‌پردازد تا هنگامی که فرد ترخیص شود. همگام با جابجایی نوع خدمات درمانی که هنگامی که فرد از بیمارستان مرخصی شده و به اجتماع بازگردانده می‌شود، پرستاران باید با چگونگی ارایه خدمات به بیماران و مسئولیت‌های خود آشنا شوند سایر فهرست‌های حقوق بیماران که به تصویب رسیده است شامل فهرست حقوق بیماران باردار، فهرست حقوق بیماران هندی در فهرست حقوق در یک آسایشگاه بازتوانی است. در کدام یک از این فهرست‌ها به یک جنبه خاصی از حقوق بیماران در داخل مؤسسه درمانی اشاره شده است و شامل مجموعه‌ای از خصوصیات اخلاقی است که یک پرستار باید مد نظر حرفه‌ای خود قرار دهد.

قوانین افراد نیکوکار

قانون افراد نیکوکار به منظور حمایت از متخصصین بهداشتی که در شرایط اورژانس به کمک افراد می‌آیند طراحی گردیده است. برای مثال، یک پزشک در صفحه تصادف اتومبیل ممکن است بدون ترس از قانون به ارایه درمانهای فوری بر حسب ضرورت بپردازد.

۴۸ کشور و کلمبیا دارای قانون افراد نیکوکار می‌باشند که با یکدیگر تفاوت دارند. در بعضی کشورها قانون پرستار را تحت پوشش دارد. به جز در شرایط کاری، هیچ فردی وظیفه قانونی

کادر ۵ـ۷. مشارکت در امر توجه به بیمار: فهرست انتظارات، حقوق و مسئولیت‌ها

زمانی که شما نیازمند بستری در یک بیمارستان هستید، پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که در آن مجموعه مشغول به فعالیت هستند: همگی متعهد شده‌اند تا نیازهای بهداشتی و سلامت شما را تا جایی که منجربه بهبودی فردگردد برآورده کنند. این تعهد در تمامی زمینه‌های اخلاقی، مذهبی، اقتصادی و... مشمول حال بیماران و خانواده‌های آنها می‌شود. هدف ما در این راه مراقبت و توجه به شما و خانواده شما به گونه‌ای است که گویی قصد خدمات رسانی به خانواده خود داریم. در بخش‌های زیر به اختصار در مورد نحوه خدمت‌رسانی و نیز انتظارات شما از چگونگی برخورد در طی مدتی که در بیمارستان بستری هستید، توصیفاتی داده شده است. این توضیحات همچنین مشتمل بر همه آن چیزهایی نیز می‌باشد که ما نیاز داریم تا بر اساس آنها بتوانیم به نحو احسن به خدمت رسانی به شما بپردازیم. اگر شما در هر زمان پرسش‌هایی پیرامون این مسئله داشتید، بهتر است که از کارکنان بپرسید. پرسش‌های نپرسیده و یا بدون پاسخ می‌تواند به استرس شما در هنگامی که در بیمارستان بستری هستید بیفزایند راحتی شما و اطمینان شما از کیفیت خدمت رسانی در بیمارستان از جمله مسائل بسیار مهم برای ما تلقی می‌شود.

شما در طول زمانی که در بیمارستان بستری هستید چه انتظاراتی دارید

● **مراقبت‌های درمانی با کیفیت بسیار بالا.** اولین و مهم‌ترین اولویت‌ها در خدمت رسانی ارایه خدماتی است که شما به آن نیاز دارید: آن هم در نهایت دلسوزی، احترام و تخصص. چنانچه شما از ارایه این خدمات ناراضی هستید و یا احساس راحتی نمی‌کنید، حتماً باید به همکارانی که در خدمت شما هستند، گوشزد کنید. این حق شماست که در هنگامی که در یک مجموعه درمانی بستری هستید، از هویت پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که مشغول خدمت‌رسانی به شما هستند مطلع باشید.

● **محیط پاکیزه و ایمن در بیمارستان‌ها.** افراد به شدت مشغول فعالیت هستند تا این که شما در امنیت باشید ما در این مجموعه از سیاست‌ها و روش‌های خاصی پیروی می‌کنیم که در نهایت منجربه افزایش سطح ایمنی کاری شده و احتمال بروز اشتباه در آنها به حداقل رسانده شود. اگر در طول مدتی که شما در بیمارستان بستری هستید هرگونه مسئله‌ای رخ دهد که براساس انتظارات شما نباشد. این حق شماست که در مورد آن با افراد مسئول در آن مجموعه بحث کنید.

● **مشارکت در درمان خودتان.** قبل از این که شما روانه بیمارستان شوید در اغلب موارد به اتفاق پزشکتان تصمیماتی را در مورد سلامتی و بهداشتتان اتخاذ می‌کنید. در سایر موارد به ویژه در موارد اورژانسی این پزشکان هستند که در مورد وضعیت شما در بیمارستان تصمیم‌گیری می‌کنند وقتی این کار توسط پزشکان انجام می‌گیرد بایستی که مشتمل بر موارد زیر باشد:

○ بایستی که در مورد وضعیت پزشکی و اطلاعات جهانی شما بحث کنند تا این که بتوانند گزینه‌های درمانی مناسبی را انتخاب کنند. برای این که شما نیز در جریان تصمیمات پزشکان خود قرار بگیرید، نیازمند آن هستید که چندین مسئله را بدانید:

ـ معایب و مزایای هر روش درمانی

ـ این که شما چه انتظار منطقی از روند درمان خود می‌توانید داشته باشید و این که این روش چه تأثیرات طولانی‌مدتی می‌تواند بر روند کیفی زندگی شما داشته باشد.

ـ این که شما و خانواده‌تان پس از مرخص شدن از بیمارستان چه نیازهایی خواهید داشت.

لطفاً چنانچه در مورد گزینه‌های درمانی قابل انتخاب خود نیازمند آگاهی از اطلاعات بیشتری هستید حتماً از مسئولان مجموعه بپرسید.

○ گرفتن اطلاعات از شما. برای این که مسئولان کادر بهداشت و درمان بتوانند تصمیماتی در مورد نحوه روند درمانی شما اتخاذ کنند لازم است تا اطلاعاتی را پیرامون وضعیت سلامت شما از خودتان دریافت کنند. این اطلاعات شامل:

ـ سابقه هرگونه بیماری، جراحی و یا بستری شدن در بیمارستان در گذشته

ـ سابقه هرگونه واکنش آلرژیک

ـ سابقه هرگونه مصرف دارو، مکمل غذایی (نظیر ویتامین‌ها و یا داروهای گیاهی)

ـ بررسی هرگونه احتیاجات و نیازهای درمانی منوط بر کسب اجازه از فرد یا مرجع خاص

○ شناسایی اهداف مربوط به سلامت شما. شما به نوبه خود ممکن است که ارزش‌ها و اهدافی برایتان موجود باشد که دوست داشته باشید در روند درمانی تا مورد توجه قرار می‌گیرد. برای رضایت‌مندی شما بهتر است که این اهداف تا حد امکان تا زمانی که شما در بیمارستان بستری هستید، مورد توجه قرار بگیرند. به همین منظور مطمئن شوید که پزشک، خانواده و تیم درمان شما از این مسائل مطلع هستند.

○ شناسایی فردی که باید در صورت عدم توانایی شما به نیابت از شما تصمیم‌گیری کند. چنانچه در موارد خاص با وجود این که زیر برگه رضایت‌نامه را امضاء کرده‌اید ولی قادر نیستید که به تصمیم‌گیری بپردازید، باید بتوانید فردی را از میان اعضای خانواده، تیم درمان و یا پزشکتان انتخاب کنید که بتواند جای شما تصمیم‌گیری کند.

● **حفاظت از حریم شخصی شما.** از اطلاعات محرمانه‌ای که میان شما و تیم درمان رد و بدل شده است، حفاظت کرده و رعایت حریم شخصی شما را از وظایف خود می‌دانیم سیاست‌های مشروحه در قوانین دولتی و ایالتی نیز مسئولین بیمارستان را مجاب کرده است که نسبت به حفظ این اطلاعات بسیار تلاش کنند در این میان شما فهرستی از روشهایی که ما بر اساس آن از اطلاعات شما استفاده کرده را دریافت خواهید کرد و در ضمن آن خواهید توانست که مجموعه‌ای از اطلاعات مورد نیاز خودتان در ارتباط با وضعیت سلامت و درمانتان را دریافت کنید.

● **کمک به شما و خانواده‌تان در مورد آمادگی برای ترخیص از بیمارستان.** پزشکان و سایر اعضای کادر درمان بیمارستان، همگی در جامعه شما زندگی می‌کنند. شما و خانواده تان نیز در این جامعه نقش مهمی را ایفا می‌کنید. موفقیت روند درمانی شما اغلب بستگی به میزان تبعیت شما از داروها و رژیم‌های غذایی و سایر برنامه‌های درمانی دارد که برای شما در خارج از بیمارستان در نظر گرفته شده است. خانواده در این میان نقش بسیار مهمی در بهبودی شما در منزل دارد.

این حق شماست که از ما انتظار داشته باشید تا در مورد منابع روش‌های پیگیری درمان شما پس از ترخیص از بیمارستان آگاهی پیدا کنید. ما تا زمانی که بتوانیم تلاش می‌کنیم که اطلاعاتی را در مورد روش‌های درمانی مورد استفاده شما و نیز سایر اطلاعات لازم در مورد وضعیت کنونی شما از راههای مختلف در اختیارتان قرار دهیم. شما همچنین می‌توانید که از ما انتظار داشته باشید تا اطلاعاتی را در مورد نحوه بازتوانی و بازجویی پس از ترخیص از بیمارستان و در طی دوران نقاهت در اختیارتان قرار دهیم.

● **کمک به شما در مورد ادای مطالبات مالی بیمارستان از طریق شرکت‌های بیمه.** تلاش کارکنان ما بر این است تا کلیه اطلاعات لازم برای پرداخت هزینه‌های درمانی توسط شرکت‌های بیمه‌ای طرف قرارداد با شما را جمع‌آوری کنند. آنها همچنین از طریق اسناد و مدارک ضروری به پزشکتان کمک خواهند کرد. صورتحسابهای بیمارستانی و بیمه اغلب گیج کننده هستند. اگر شما سؤالی در باطه با صورتحساب خود دارید بایستی با دفتر کار ما تماس بگیرید. اگر شما نیاز به آگاهی در رابطه با بیمه خود یا برنامه‌های بهبودی تان دارید از شرکت بیمه خود یا مدیر گروههای خیربه شروع کنید. اگر شما از بیمه‌های پوشش دهنده سلامتی برخوردار نیستید ما تلاش می‌کنیم تا راههایی جهت کمک‌های مالی یا برنامه‌ریزی‌های دیگر پیدا کنیم. ما نیاز به کمک شما در جهت جمع‌آوری اطلاعات و دیگر ضروریات داریم تا کمک‌های مالی و پوشش‌های بیمه‌ای کسب کنیم.

تا زمانی که شما در اینجا حضور دارید شما تعداد زیادی آگهی‌های جزئی در رابطه با حقوق‌تان به مانند سایر بیماران و چگونگی بدست آوردن آنها را دریافت می‌کنید. ما همیشه علاقه به پیشرفت هستیم. اگر شما سؤالی دارید اظهار نظر (پیشنهادی) دارید یا نگرانید لطفاً با ما تماس بگیرید.

جهت کمک به دیگری ندارد و متخصصین بهداشتی نیز مانند سایرین می‌توانند کمک یا رها کردن صحنه اورژانس را انتخاب کنند. در بسیاری از شرایط تعهد اخلاقی موجب کمک‌رسانی می‌شود زمانی که مجریان بهداشتی به فردی در شرایط اورژانس کمک می‌کنند امکان کسب رضایت جهت درمان وجود ندارد. آیا ارایه اقدامات درمانی که یک فرد محتاط منطقی با زمینه قبلی مشابه یا در شرایطی مشابه قادر به انجام آن است صورت گیرد. قضاوتی عادلانه انتظار می‌رود.

تعهد دانشجو

دانشجویان پرستاری مسئولیت هرگونه قصور در اعمال خود که موجب بروز صدمه در بیمار گردد را به عهده دارند. آنها بر اساس معیار مراقبتی که عملکرد یک پرستار فارغ التحصیل را ارزیابی می‌کند، بررسی می‌شوند. آمادگی دقیق جهت هرگونه تجربه جدید بالینی و آگاه نمودن مربی بالینی خود از عدم آمادگی در انجام روشها از وظایف قانونی دانشجویان پرستاری می‌باشد. اگر دانشجوی پرستاری نسبت به مراحل صحیح روشهای بالینی اطمینان ندارد نباید به هیچ دلیلی سعی در اجرای آن داشته باشد. دانشجویان پرستاری وظیفهٔ آشنائی با روشها و سیاستهای مرکز مراقبت بهداشتی را به عهده دارند.

اگر دانشجوی پرستاری تحت نظارت برنامه کنترل بیمارستانی به عنوان پرسنل بیمارستان در نظر گرفته شود، بیمارستان نیز مسئولیت هر نوع قصور را به عهده دارد. موقعیت دانشجویان در برنامه‌های کالج یا دانشگاهی از نظر تعهد به مرکز آموزش خود و مرکز مراقبت بهداشتی ارایه دهنده مکان فعالیت بالینی مشخص نیست. در صورتی که مربیان پرستاری وظایف دانشجو در ارایه مهارت بالینی را بیش از سطح صلاحیت وی قرار دهند یا از عهده نظارت دقیق و منطقی بالینی بر نیایید در مسئولیت بروز صدمات حاصل در بیمار سهیم می‌باشند. از آنجایی که شرایط بیمار به سرعت تغییر می‌کند خصوصاً در واحدهای مراقبت ویژه دانشجویان باید مربی یا پرسنل را از هرگونه تغییرات مشخص در وضعیت بیمار آگاه سازند حتی اگر مفهوم این تغییرات مطمئن نباشند. اغلب برنامه‌های پرستاری، دانشجویان را ملزم به بیمه تعهد حرفه‌ای شخصی می‌نماید. براساس سیاست‌های دانشکده خدمات بیمه‌ای تنها برای فعالیت‌های بالینی پرستاری با اهداف آموزشی ارایه می‌شود. دانشجویان پرستاری که به عنوان کمک پرستار یا نقش مراقبت بهداشتی دیگر کار می‌کنند به طور قانونی مجاز به ارایه خدمات بر اساس شرح وظایفشان می‌باشند. دانشجویان حتی اگر از توانایی خویش در دارودرمانی، سونداژ و سایر اقدامات پرستاری اطمینان دارند با اجرای این روشها خارج از نظارت مراکز بالینی در معرض خطر تنبیه انضباطی قرار می‌گیرند.

قوانین مؤثر بر حرفه پرستاری

ایمنی و بهداشت حرفه‌ای

قانون ایمنی و بهداشت حرفه‌ای در سال ۱۹۷۰ مجموعه‌ای از معیارهای حقوقی و ایالات متحده مشخص نموده‌اند که حاصل آن تلاش جهت ارایه شرایط ایمنی و سلامت کار برای مردان و زنان است. قانون در جهت کاهش صدمات و بیماریهای وابسته به کار بر مراکز مراقبت بهداشتی تأثیر گذاشته است و تعهدات بیشتری برای پرستاران دارد. در دسامبر ۱۹۹۱ اداره ایمنی و بهداشت حرفه‌ای (OSHA) مقررات به کارگیری معیارهای ایمنی را برای کارگرانی که در معرض پاتوژن‌های خونی در محل کارشان بودند تصویب نمود. مثال‌های زیر شرایطی را که با تخطی از معیارهای ایمنی تهدیدی بالقوه برای ایمنی کارگران را نشان می‌دهد:

- کاربرد تجهیزات الکتریکی
- کاربرد تکنیک ایزولاسیون برای مددجویان مبتلا به بیماری‌های عفونی و کنترل انتقال عفونت از طریق تجهیزات و وسایل
- کاربرد اشعه از قبیل اشعه مادون قرمز یا ماوراء بنفش، امواج صوتی و رادیوئی و لیزر
- کاربرد مواد شیمیایی مثل مواد سمی و قابل اشتعال

به منظور روزآمد کردن قانون باید کاربرد آن را اختصاص نموده و در رفع نقایص آن کوشش کرد. پرستاران قادرند در اجرای این قانون از طریق ارتقاء سطح ایمنی و سلامت در محل کارشان همکاری نمایند. پرستاران شاغل در واحدهای صنعتی نقش به سزایی در شکل‌گیری نیازهای قانونی دارند. دپارتمان کار در ایالات متحده، اداره‌ای جدید در رابطه با پرستاری بهداشت حرفه‌ای در OSHA به منظور اجرای نقش اساسی پرستاران در ایجاد ایمنی و سلامت محیط‌های کار، تأسیس نموده است.

بانک اطلاعات متخصصین ملی

قانون ارتقاء کیفیت مراقبت بهداشتی در سال ۱۹۸۶ به منظور تشویق متخصصین مراقبت بهداشتی، تشخیصی و ایجاد نظم در متخصصی شاغل در حرفه غیر تخصصی و در جهت ایجاد محدودیت در قدرت انتقال متخصصین بی‌کفایت از کشوری به کشور دیگر بدون بازگویی عملکرد قلبی‌شان وضع گردید زمانی که کشوری به متخصصین پروانه کار، گواهینامه ارایه نماید، آنها به عنوان عضوی از بانک اطلاعاتی متخصصین بین‌المللی

شناخته می‌شوند قانون دو شرط اساسی دارد.
۱ـ ایمنی از صدمات بدنی برای مطالعه همزمان
۲ـ تأسیس بانک اطلاعات متخصصین ملی به عنوان مرکز اطلاعاتی، پرستاران باید هر گونه تخلف پزشکی، فعالیت‌های بدون مجوز کار و فعالیت‌های غیر مجاز حرفه‌ای را به بانک اطلاعاتی متخصصین ملی گزارش کنند.

گزارش وظایف

ماهیت انحصاری تعامل پرستار، بیمار موجب آگاهی پرستار از شرایطی از قبیل سوء استفاده از کودکان، تجاوز جنسی یا بیماری قابل انتقال گشته که نیازمند ارایه گزارش می‌باشند. قوانین متنوعی در این زمینه وجود دارد و پرستار ملزم به آگاهی از آنچه باید در یک منطقه گزارش شود و آنچه که باید اجرا کرد، می‌باشد.

پرستاران اولین عضوی از جامعه هستند که سوء استفاده را تشخیص می‌دهند. سوء استفاده شامل موارد فیزیکی، کلامی، جنسی و حمله عاطفی، فراموش شدگی و متارکه می‌باشد. اهداف مورد سوء استفاده شامل نوزادان، کودکان، مردان و زنان در همه گروههای سنی می‌باشند. سوء استفاده‌کنندگان مردان و زنانی از همه نوع گروه سنی، نژاد، گروههای اجتماعی اقتصادی و زمینه مذهبی هستند. پرستاران تعهد قانونی و اخلاقی در گزارش مورد سوء استفاده دارند. در بسیاری از کشورها عدم گزارش موارد قطعی یا مشکوک از سوء استفاده خود جرم محسوب می‌شود. قانون از افرادی که به اشتباه در جایگاه اتهام سوء استفاده‌کنندگی قرار می‌گیرند حمایت می‌کند.

موارد تحت کنترل

ایالات متحده، قانون دولتی خاصی جهت توزیع و کاربرد موارد تحت کنترل (استفاده مفرط از داروها) از قبیل مواد مخدر، داروهای افسردگی، محرک‌ها و هالوسینوژن‌ها دارد. مقررات سوء استفاده داروئی اختصاصی هستند و تخطی از آنها جرم محسوب می‌شود. نگهداری و ذخیره‌سازی مواد تحت کنترل در محفظه‌ای قفل شده و ثبت آن از وظایف پرستاری می‌باشد.

پرستاران آسیب دیده

استرس موجود در پرستاری و مراقبت بهداشتی و دسترسی به مواد تحت کنترل موجب اعتیاد پرستاران به الکل و مواد مخدر می‌گردد. در گذشته، پرستاران دچار مشکل سود مصرف مواد به شدت تحت تنبیه از طریق لغو پروانه‌کار قرار می‌گرفتند. امروز سوء مصرف مواد به عنوان یک اختلال قابل درمان شناخته می‌شود و با شناخت سریع مشکل، پرستار جهت درمان معرفی می‌گردد. دانشجویان باید از خطری که آنان را تهدید می‌کند آگاه بوده و موارد مشکوک را در میان همکلاسی‌ها یا همکاران شناسایی نماید. سلامت و امنیت جامعه و سلامت پرستار هر دو تحت نظر گرفته می‌شود.

تبعیض[1] و آزار جنسی[2]

عنوان هفتم از قانون حقوق مدنی در سال ۱۹۶۴ از کارکنان در مقابل تبعیضی بر پایه نژاد، رنگ، مذهب، جنس، ماهیت حمایت می‌کند و حقوق و مزایای برابر با سایرین را برای زنان باردار تأمین می‌نماید. EEOC عنوان هفتم را با تعریف آزار جنسی به عنوان «پیشنهاد اغواگرانه ناخوشایند جنسی، درخواست تماس جنسی و سایر موارد کلامی و فیزیکی دارای ماهیت جنسی تقویت نمود. آزار جنسی در موارد زیر رخ می‌دهد:

- اطاعت از پیشنهادات اغواگرانه جنسی که به طور قابل فهم یا صراحتاً به عنوان یکی از شرایط اشتغال در نظر گرفته شود.
- اطاعت از پیشنهادات اغواگرانه جنسی به عنوان پایه‌ای برای تصمیم‌گیری در زمینه اشتغال
- آزار جنسی از طریق ایجاد فضایی وحشتناک، آزارنده یا خصمانه در اجرای وظایف شغلی مداخله می‌نماید.

افراد دچار معلولیت

کنگره با مشاهده آنکه حداقل ۴۳ میلیون امریکایی دچار معلولیت فیزیکی یا عقلانی وجود دارد و تبعیض موجود میان افراد در حیطه‌های سرنوشت‌ساز مثل اشتغال، سکونت، مکان‌های عمومی، آموزش، حمل و نقل، ارتباطات و خدمات بهداشتی، قانون امریکایی‌های دچار معلولیت را در سال ۱۹۹۵ وضع کرد. (ADA) تعریفی جامع از معلولیت را ارایه داد. این تعریف کلیه افرادی را که دچار آسیب جسمی یا عقلانی بوده که موجب محدودیت در انجام یک یا چند فعالیت اساسی زندگی شان شود یا فردی که گزارش از آسیب داشته باشد تحت پوشش قرار می‌دهد. علاوه بر این پوشش افرادی که دچار آسیب‌هایی هستند که به عنوان معلولیت تلقی می‌شوند و همچنین حمایت خاصی از افرادی که مبتلا به بیماری‌های قابل انتقال از قبیل سندرم نقص ایمنی اکتسابی یا ویروس نقص ایمنی انسان، افرادی که از اعتیاد به مواد مخدر یا الکل در حال بهبودی هستند و افرادی که به ظاهر معلول هستند ولی آیا واقعاً معلولند یا خیر نیز صورت می‌گیرد. ADA برد و درخواست قانونی اصرار دارد اول قانون ممنوعیت تبعیضی علیه افراد معلول، دوم ایجاد مکانهائی مناسب جهت افرادی که تحت حمایت قانون هستند.

1- Discrimination 2- Sexual Harassment

وصیت‌نامه[1]

قوانین کشوری و استانی نیاز به وصیت‌نامه را تقبل می‌نماید. فردی که وصیت‌نامه را می‌سازد وصیت‌کننده می‌نامند یک وصیت‌نامه اهداف پس از مرگ وصیت‌کننده را تشریح می‌کند. فردی که از وصیت، پول یا اموال بدست می‌آورد وارث نامیده می‌شود. پرستاران گاهی اوقات به عنوان شاهد امضاء وصیت‌کننده بر وصیت‌نامه هستند و آشنایی با موارد زیر لازم است:

- شاهد باید از هوشیاری وصیت‌کننده اطمینان یابد به آنچه که انجام می‌دهد آگاه باشد و تحت تأثیرات داروهائی که موجب تخریب قدرت تفکر وی می‌شود قرار نگرفته باشد.
- مشاهده نباید از عملکرد اختیاری وصیت کنند. اطمینان حاصل کند تا وی وصیت‌نامه را تحت فشار تهیه نکرده باشد.
- شاهد باید امضاء وصیت کننده را بر وصیت‌نامه مشاهده کند، حضار نیز باید امضاء کنند. قانون کشوری اطلاعات مورد نیاز شاهد در زمینه امضاء وصیت‌کننده بر وصیت‌نامه را نشان می‌دهد. حضور دو یا ۳ شاهد معمولاً مورد نیاز است.
- مطالعه متن وصیت‌نامه توسط شاهد، منظور امضاء آن ضرورت ندارد اما شاهد باید از این که گواهی مورد امضاء وصیت‌نامه است و نه مدرکی دیگر اطمینان یابد.
- مراکز کشورها وارث صلاحیت حضور به عنوان شاهد امضا وصیت‌کننده را ندارد.

موضوعات قانونی مربوط به مرگ و مردن

مسئولیت‌های قانونی برای مرگ و بیمار مرحوم در فصل ۳۳ کتاب اصلی توضیح داده شده است. دستورات قطع احیا، خودکشی، دستور اختیاری کشتن بیمار برای نجات او از رنج، اهدا اعضاء، اتوپسی و رسیدگی حقوقی می‌باشند.

■ توسعه مهارتهای تفکر انتقادی

۱ـ قسمتی از وظایف مشترک پرستاری را کمک به سایر متخصصین جهت کسب رضایت اختیاری برای درمان در شرایط دشوار تشکیل می‌دهد. چگونه پرستار قادر به تسهیل فرایند کسب رضایت در موارد زیر است:

- پسری ۱۵ ساله دچار سرطان که از درمان‌ها خسته شده و نیاز به دوره جدید شیمی درمانی دارد.
- والدین ویتنامی که کمی انگلیسی صحبت کرده و باید رضایت به عمل نوزادشان را بدهند.
- خانم سالمندی که از درد همراه غذاخوردن به مدت ۶ ماه شاکی است و جهت لاپاراتومی تشخیص آماده می‌گردد. او به جراح می‌گوید «نمی‌دانم چکار می‌کنید، فقط درد را از بین ببرید»
- انجام نوتوانی برای مردی سالمند که دچار گیجی ادراری می‌باشد.

۲ـ شما مراقبت از بیمار جدیدی را که در انجمن بازنشستگان زندگی می‌کند، در بیمارستان به عهده دارید. زمانی که دختران وی به ملاقات می‌آیند به شما می‌گویند، امید دارند مراقبت از پدرشان در این محل بهتر از انجمن بازنشستگان باشد، جایی که از آن شکایت کرده‌اند. چگونه به دختران پاسخ می‌دهید آیا درباره این مورد با سایر پرستاران مشاوره می‌نمایید؟

۳ـ زمانی که شما داروی آنتی‌سایکوتیک را به بیمار هوشیار می‌دهید، او از دریافت آن امتناع کرده و می‌گوید «من آن را دوست ندارم، آن مرا حساس می‌کند» زمانی که شما این مورد را به پرستار دیگر گزارش می‌کنید او می‌گوید که آنها همیشه داروها را داخل غذای بیمار ریخته و در نتیجه از آنچه می‌گیرد آگاه نمی‌شود. شما چگونه پاسخ می‌دهید؟

1- Wills

فصل ۹

صدیقه جعفری

تداوم در امر مراقبت



جفت هارت Jeff Hart یک پسر ۹ ساله مبتلا به عقب ماندگی ذهنی است که به علت مشکلات تنفسی از مرکز نگهداری کودکان به بیمارستان منتقل شده است.



لورا دگاس Laura Degas زنی ۷۸ ساله است که از خواهرش الن در خانه نگهداری می‌کند. او می‌گوید «وی از دو سال قبل به علت بیماری آلزایمر دچار اختلال حواس شده است. این جراحی برای ثابت کردن استخوان شکسته هیپ او واقعاً دشوار بوده است. می‌خواهم او را به خانه ببرم، ولی مطمئن نیستم که بتوانم آنطور که نیاز دارد از او مراقبت کنم.



جنیفر لنرJennifer Lenner یک خانم ۲۰ ساله مبتلا به بیماری تشنج سه روز قبل جراحی داشت. او می‌گوید: «پزشک من می‌گوید امروز به خانه می‌روم. نمی‌توانم صبر کنم! والدینم امروز صبح به دنبالم می‌آیند» مرور پرونده پزشکی او نشان می‌دهد که پزشک مسئول او دستور مرخصی را ننوشته است.

• تمرکز بر مهارتهای ترکیبی

انواع مهارتهای ترکیبی که برای پاسخ به بیماران نیاز خواهید داشت عبارتند از:

ارتهای شناختی

- آگاهی در مورد عقب ماندگی ذهنی، بیماری آلزایمر، و اختلالات تشنج
- آگاهی از خدمات و محیطهای قابل دسترسی برای دریافت نیازهای بیمار مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی عمیق و مشکلات فیزیکی، خواهر خانمی مبتلا به بیماری آلزایمر که اخیراً تحت درمان هیپ شکسته بوده و یک جوان مبتلا به بیماری تشنج که جراحی شده است.
- آگاهی از اقدامات مربوط به انتقال بیمار، مراقبت در منزل و برنامه‌ریزی ترخیص
- آگاهی از نیازهای بیمار و منابع قابل دسترسی برای تأمین آنها در منزل بیمار و سایر واحدها.
- آگاهی از چگونگی ابلاغ مؤثر سوابق بیمار و برنامه درمانی او، هنگام جابجایی بین واحدهای درمانی او، هنگام جابجایی بین واحدهای درمانی مختلف.
- توانایی ترکیب اطلاعات سیستم دریافت مراقبت بهداشتی برای پی بردن به نیازهای بیماران با احتیاجات مختلف، مانند یک کودک عقب مانده ذهنی، یک خانم مسن‌تر که در خانه از خواهرش مراقبت می‌کند و یک خانم جوان‌تر در معرض خطر عوارض بعد از جراحی ثانویه به یک اختلال تشنج.

هارتهای فنی

- مهارتهای قوی ارزیابی برای کودکان و بزرگسالان و مربوط به عقب ماندگی ذهنی و مشکلات فیزیکی، نیازهای یک خانم مسن‌تر برای مراقبت از خواهر در منزل، و آموختن احتیاجات یک خانم جوان بیماری تشنج که در معرض خطر عوارض بعد از عمل است.
- توانایی مساعدت در زمینهٔ فنون پرستاری لازم برای برآوردن نیازهای بیماران و خانواده‌هایشان در طول زندگی آنها و در واحدهای درمانی مختلف
- توانایی هماهنگ کردن تداخلات برای تأمین نیازهای بیماران و مراحل تکاملی گوناگون با احتیاجات متعدد
- توانایی اثبات‌شایستگی در مهارتها مثل‌برقراری ارتباط با یک کودک عقب مانده ذهنی عمیق، با یک خانم مسن که به نظر می‌رسد برای مراقبت مورد نیاز خواهرش در فشار است و یک جوان درخطر عوارض بعد از عمل که می‌خواهد به منزل برود.

مهارتهای بین فردی

- توانایی برقراری ارتباطات شغلی و مبتنی بر اعتماد با بیماران مراقبین در خانواده و متخصصین مراقبت‌های بهداشتی در واحدهای درمانی مختلف به منظور اطمینان از تداوم مراقبت‌ها.
- توانایی کار کردن با منابع مختلف در دسترس برای اطمینان از سلامت کیفیت مراقبت.
- توانایی احترام قائل شدن برای شأن انسانی و اختیار بیمار حین مراقبت از او
- شایستگی ویژه بین فردی برای روابط متقابل و همکاری با سایر کارکنان مراقبت بهداشتی، کمک و اطلاعات گرفتن هنگام نیاز.
- توانایی ارتباط مؤثر با اعضاء گروه مراقبت بهداشتی در واحدهای دیگر برای اطمینان از تداوم مؤثر و سالم و مراقبت.

مهارتهای اخلاقی و قانونی

- تعهد در قبال آماده‌سازی بیماران و خانواده‌هایشان و ارایه‌کنندگان مراقبت‌های تخصصی جهت ادامه برنامه مراقبتی هنگام انتقال یا ترخیص بیمار.
- تعهد نسبت به انتخاب بهترین واحد مراقبتی برای بیماران و ایجاد هماهنگی بین منابع موجود به نحو احسن جهت تأمین سطوح مراقبتی مورد نیاز.
- توانایی شرکت داشتن به عنوان مدافع مورد اعتماد و مؤثر بیمار
- آگاهی از تعهدات قانونی و اخلاقی پرستار، هنگام انتقال بیماران قانونی و اخلاقی شامل آگاهی از سیاست‌های واحدهای مختلف و مسئولیت‌های مربوط به وظیفه جهت انتقال بین نمایندگی‌ها، ارجاع به مراقبت در خانه و برنامه‌ریزی ترخیص
- احساس مسئولیت قوی برای بهبودی و سلامتی بیمار که به تعهد نسبت به کمک رساندن در هنگام نیاز آنها در حوزه مسئولیتهای پرستاری و منابع دسترسی تعبیر می‌شود.
- تمایل به مسئول بودن در مورد تداوم مراقبت سالم و با کیفیت.
- توانایی کار کردن گروهی با سایر اعضاء گروه مراقبت بهداشتی برای اطمینان از تداوم مراقبت برای یک کودک مبتلا به عقب مانده ذهنی عمیق دچار مشکلات جسمانی، یک خانم مسن که در خانه از خواهرش مراقبت می‌کند، و یک خانم جوان مبتلا به بیماری تشنج که بعد از جراحی و مرخص شده است.

❖ تمرکز بر مهارتهای ترکیبی

انواع مهارتهای ترکیبی که برای پاسخ به بیماران نیاز خواهید داشت عبارتند از:

مهارتهای شناختی

- آگاهی در مورد عقب ماندگی ذهنی، بیماری آلزایمر، و اختلالات تشنج
- آگاهی از خدمات و محیطهای قابل دسترسی برای دریافت نیازهای بیمار مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی عمیق و مشکلات فیزیکی، خواهر خانمی مبتلا به بیماری آلزایمر که اخیراً تحت درمان هیپ شکسته بوده و یک جوان مبتلا به بیماری تشنج که جراحی شده است.
- آگاهی از اقدامات مربوط به انتقال بیمار، مراقبت در منزل و برنامه‌ریزی ترخیص
- آگاهی از نیازهای بیمار و منابع قابل دسترسی برای تأمین آنها در منزل بیمار و سایر واحدها.
- آگاهی از چگونگی ابلاغ مؤثر سوابق بیمار و برنامه درمانی او، هنگام جابجایی بین واحدهای درمانی او، هنگام جابجایی بین واحدهای درمانی مختلف.
- توانایی ترکیب اطلاعات سیستم دریافت مراقبت بهداشتی برای پی بردن به نیازهای بیماران با احتیاجات مختلف، مانند یک کودک عقب مانده ذهنی، یک خانم مسن‌تر که در خانه از خواهرش مراقبت می‌کند و یک خانم جوان‌تر در معرض خطر عوارض بعد از جراحی ثانویه به یک اختلال تشنج.

مهارتهای فنی

- مهارتهای قوی ارزیابی برای کودکان و بزرگسالان و مربوط به عقب ماندگی ذهنی و مشکلات فیزیکی، نیازهای یک خانم مسن‌تر برای مراقبت از خواهر در منزل، و آموختن احتیاجات یک خانم جوان بیماری تشنج که در معرض خطر عوارض بعد از عمل است.
- توانایی مساعدت در زمینهٔ فنون پرستاری لازم برای برآوردن نیازهای بیماران و خانواده‌هایشان در طول زندگی آنها و در واحدهای درمانی مختلف
- توانایی هماهنگ کردن تداخلات برای تأمین نیازهای بیماران و مراحل تکاملی گوناگون با احتیاجات متعدد
- توانایی اثبات‌شایستگی در مهارتها مثل‌برقراری ارتباط با یک کودک عقب مانده ذهنی عمیق، با یک خانم مسن که به نظر می‌رسد برای مراقبت مورد نیاز خواهرش در فشار است و یک جوان درخطر عوارض بعد از عمل که می‌خواهد به منزل برود.

مهارتهای بین فردی

- توانایی برقراری ارتباطات شغلی و مبتنی بر اعتماد با بیماران مراقبین در خانواده و متخصصین مراقبت‌های بهداشتی در واحدهای درمانی مختلف به منظور اطمینان از تداوم مراقبت‌ها.
- توانایی کار کردن با منابع مختلف در دسترس برای اطمینان از سلامت کیفیت مراقبت.
- توانایی احترام قائل شدن برای شأن انسانی و اختیار بیمار حین مراقبت از او
- شایستگی ویژه بین فردی برای روابط متقابل و همکاری با سایر کارکنان مراقبت بهداشتی، کمک و اطلاعات گرفتن هنگام نیاز.
- توانایی ارتباط مؤثر با اعضاء گروه مراقبت بهداشتی در واحدهای دیگر برای اطمینان از تداوم مؤثر و سالم و مراقبت.

مهارتهای اخلاقی و قانونی

- تعهد در قبال آماده‌سازی بیماران و خانواده‌هایشان و ارایه‌کنندگان مراقبت‌های تخصصی جهت ادامه برنامه مراقبتی هنگام انتقال یا ترخیص بیمار.
- تعهد نسبت به انتخاب بهترین واحد مراقبتی برای بیماران و ایجاد هماهنگی بین منابع موجود به نحو احسن جهت تأمین سطوح مراقبتی مورد نیاز.
- توانایی شرکت داشتن به عنوان مدافع مورد اعتماد و مؤثر بیمار
- آگاهی از تعهدات قانونی و اخلاقی پرستار، هنگام انتقال بیماران قانونی و اخلاقی شامل آگاهی از سیاست‌های واحدهای مختلف و مسئولیت‌های مربوط به وظیفه جهت انتقال بین نمایندگی‌ها، ارجاع به مراقبت در خانه و برنامه‌ریزی ترخیص
- احساس مسئولیت قوی برای بهبودی و سلامتی بیمار که به تعهد نسبت به کمک رساندن در هنگام نیاز آنها در حوزه مسئولیتهای پرستاری و منابع دسترسی تعبیر می‌شود.
- تمایل به مسئول بودن در مورد تداوم مراقبت سالم و با کیفیت.
- توانایی کار کردن گروهی با سایر اعضاء گروه مراقبت بهداشتی برای اطمینان از تداوم مراقبت برای یک کودک مبتلا به عقب مانده ذهنی عمیق دچار مشکلات جسمانی، یک خانم مسن که در خانه از خواهرش مراقبت می‌کند، و یک خانم جوان مبتلا به بیماری تشنج که بعد از جراحی و مرخص شده است.

❖ برآیندهای یادگیری

پس از مطالعهٔ این فصل، فراگیر باید قادر به انجام موارد زیر باشد:

۱ـ شرح دادن نقش پرستار در اطمینان از تداوم مراقبت بین واحدهای مراقبت بهداشتی در جامعه

۲ـ مباحثه در مورد ملاحظات مربوط برقراری رابطه مؤثر پرستار ـ بیمار هنگام بستری کردن یک بیمار در یک واحد مراقبت بهداشتی.

۳ـ مقایسه و تمایز پذیرش یک بیمار در واحد سرپایی و واحد بیمارستانی

۴ـ شرح دادن انتقال بیمار درون و مابین واحدهای مراقبت بهداشتی

۵ـ توضیح دادن در مورد این که چگونه پرستاران اجزاء برنامه ترخیص را برای فراهم کردن تداوم مراقبت به کار می‌برند.

واژه‌های کلیدی

- مراقبت بر مبنای جامعه community-based care
- برنامه ترخیص discharge planning
- تداوم مراقبت continuity of care

پذیرش بیمار در یک واحد مراقبت بهداشتی

مردم به دلایل بسیار متفاوتی به واحدهای مراقبت بهداشتی وارد شده و از خدمات آنها استفاده می‌کنند (بیماران) به مثالهای زیر توجه نمایید:

- جوسول، ۵ ساله، مکرراً دچار عفونت گلو گشته و لوزه‌های وی سخت درگیر هستند. خانم سول وی را برای کنترل نزد پزشک متخصص اطفال می‌برد و پزشک تصمیم می‌گیرد که جو همان روز برای عمل تونسیلکتومی[1] (برداشتن لوزه‌ها) در بیمارستان محلی آماده شود؛ جو صبح روز عمل وارد بیمارستان شده و بعد از ظهر به خانه باز گردد.
- تام والیز، ۲۸ ساله، کارگر ساختمانی است که کمر او حین کار آسیب دیده است. پس از انجام مطالعات تشخیصی به طور سرپایی در یکی از بیمارستانهای محلی، وی هر روز برای گرما درمانی و ورزشهای مخصوص به مراکز بهداشت اجتماعی مراجعه می‌کند.
- سدی ایرد، ۷۸ ساله، طی ۱۰ سال گذشته مبتلا به نارسایی احتقانی قلب بوده است او در خانه توسط دخترش و با کمک پرستار مسئول مراقبت‌های بهداشتی در خانه و دستیار وی تحت مراقبت قرار دارد.
- جیم زامبا، ۲۸ ساله به علت آسیب‌دیدگی شدید سر در اثر تصادف موتورسیکلت در بخش اورژانس بیمارستان بستری و جهت عمل جراحی فرستاده شد، سپس به واحد مراقبت‌های ویژه انتقال یافت. پس از بهبودی و گذراندن دوره حاد درمان، جیم به مرکز ویژه بازتوانی فرستاده خواهد شد.

اگرچه تمامی این افراد به مراقبت نیاز دارند، اما همه بیماران مانند هم هستند و نه دارای نیازهای مشابهی می‌باشند. برخی از آنها بستری شده و همان روز مرخص می‌شوند، بعضی دیگر تا زمانی که به مراقبت‌های شدید احتیاج دارند در واحد مراقبت‌های حاد باقی می‌مانند و بعضی نیز نیازمند مراقبت‌های طولانی‌مدت هستند. وارد شدن و ترک واحد بهداشتی و نیز دریافت مراقبت در منزل، تجاربی هستند که هم برای بیمار و هم برای اعضاء خانواده ایجاد نگرانی می‌کنند. غالباً پرستار کسی است که به بیمار کمک می‌کند تا انتقال آرامی از یک واحد بهداشتی به واحد دیگر داشته باشد (به کادر تمرین بازتابی «همراهی برای یک مثال مراجعه نمایید). این بخش در مورد تداوم مراقبت، عمل پرستاری مبتنی بر جامعه، بستری و ترخیص از یک واحد بهداشتی، انتقال از یک نوع واحد به نوع دیگر و برنامه ترخیص و آمادگی برای مراقبت بهداشتی در منزل بحث می‌کند. این بر احتیاجات بیمار و نقش پرستار در تدارک تداوم مراقبت متمرکز است.

مفاهیم اساسی

دو مفهوم ضروری مراقبت پرستاری از بیماران داخل و مابین واحدهای مراقبت بهداشتی، تداوم مراقبت مبتنی بر جامعه هستند. برنامه‌ریزی و فراهم کردن مداخلات پرستاری که سلامتی را ارتقاء می‌بخشند، از بیماری پیشگیری می‌کنند، و مواجه با ناتوانی را حمایت می‌کنند، در جامعه امروز با فرهنگ‌های گوناگون حیاتی‌اند. حال دیگر تنها توجه به نیازهای بیمار در واحد بیمارستان کافی نیست؛ پرستارها همچنین باید توجه داشته باشند که وقتی بیمار از واحد مراقبت‌های حاد به مراقبت در منزل منتقل می‌شود، چگونه این نیازها از سوی جامعه‌اش تأمین گردد.

1- Tonsillectomy

به لوادگاس، خواهر خانم مبتلا به آلزایمر که‌تحت ترمیم لگن قرار گرفته بود، توجه نمایید. با توجه به افزایش پیچیدگی مراقبت از خـواهـرش، خـانم دگـاس مـطمئن نیست که بتواند به مراقبت از او در خانه ادامه دهد. پرستار باید برای تعیین نیازها و احتمالاً فهرست کردن خدمات اجتماعی، برای مساعدت جهت مراقبت در خانه، منابع مناسب و خدمات جامعه با خانم دگاس کار کند.

تداوم در امر مراقبت

تداوم در امر مراقبت فرایندی است که طی آن ارایه دهندگان مراقبت مراقبت بهداشتی، مراقبت مناسب و بدون وقفه ارایه کرده و انتقال بیمار مابین واحدها و سطوح مختلف مراقبت را تسهیل می‌کنند. تداوم در مراقبت یک انتقال آرام بین مراقبت حاد یا موقت و مراقبت بهداشتی در خانه یا سایر انواع واحدهای مراقبت بهداشتی در جامعه بیمار را اطمینان می‌بخشد. هماهنگی به اطمینان پیوستگی مراقبت بهداشتی متمایز و متمرکز بر بیمار می‌افزاید که در نتیجه بیمار بتواند حداکثر بهبودی و سلامتی را به دست آورد.

بیشتر افراد در بیمارستان متولد می‌شوند بدین ترتیب از همان روزهای اول زندگی از مراقبت‌های بهداشتی بهره‌مند می‌شوند و احتیاج آنها به سرویس‌دهی واحدهای مختلف مراقبت‌های بهداشتی، تا زمان مرگ نیز ادامه می‌یابد. اگرچه مراقبت‌های بهداشتی از بیمار ممکن است مستلزم به کارگیری تعداد زیادی از واحدها و ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی باشد (به فصل ۸ رجوع کنید) اما پرستار اغلب به عنوان اولین شخص مسئول در رابطه با نحوه مراقبت از خود، و در بسیاری نمونه‌ها، انجام مراقبت‌های مورد نیاز، مطرح می‌شود. در نتیجه، یکی از ابتدایی‌ترین مسئولیت‌های پرستار به عنوان مراقبت، تأمین امر تداوم در مراقبت می‌باشد.

تداوم در امر مراقبت در سیستم‌های بهداشتی درمانی فعلی، ضروری است. تأکید بر ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری سبب شده تا آموزش به افراد در کلیه گروههای سنی، به عنوان بخشی بسیار مهم و حمایتی در مراقبت از بیمار محسوب شود. جهت تأمین تداوم در مراقبت، پرستار باید به آموزش و ارجاع در مراقبت هر فرد بستری در هر نوع واحد مراقبت بهداشتی توجه کندو نیز باید بیمار و خانواده‌اش را در برنامه‌ریزی شرکت دهد. همچنین پرستار باید با سایر اعضاء گروه مراقبت بهداشتی در تأمین نیازهای جسمانی، روانی، فرهنگی اجتماعی و معنوی بیمار و خانواده در تمامی واحدها و تمامی سطوح سلامتی و بیماری، همکاری کند.

جنیفر لنر را به یاد آورید، خانم جوانی با بیماری تشنج که تحت جراحی قرار گرفته بود. برای این که تمام نیازهای بیمار مد نظر قرار بگیرد پرستار باید با پزشک مسئول و مقیم همکاری کند. همچنین، تا وقتی بیمار با والدینش زندگی می‌کند، پرستار باید والدین را در هر آموزش ترخیص شرکت دهد.

مراقبت جامعه‌نگر

مراقبت جامعه‌نگر، تدارک مراقبت بهداشتی از افرادی است که در یک ناحیه جغرافیای تعریف شده زندگی می‌کنند. که آن ناحیه جغرافیائی ممکن است ناحیه بزرگ شهری از یک همسایگی کوچک باشد و یا ناحیه بزرگی از یک نماینده قانونی باشد. هر جامعه‌ای منحصر به فرد است و توسط مردم ناحیه و تعامل اجتماعی و مشترکات بین آن جامعه تعریف می‌شود. مراقبت بهداشتی جامعه‌نگر، ارایه خدمات مراقبتی به افرادی است که در محدودهٔ جغرافیایی مشخصی زندگی می‌کنند و دارای نیازهای مشترکی هستند. برخلاف پرستاری بهداشت جامعه که توجه خود را بر بهداشت کل جامعه معطوف می‌دارد. مراقبت پرستاری جامعه‌نگر، بر مفهوم نظارت، هماهنگی و تداوم سرویسهای بهداشتی برای مشکلات بهداشتی حاد و مزمن فرد و خانواده تأکید دارد و مراقبت پرستاری در چارچوب جامعه‌نگر، کمک به مردم در هر کجا که هستند، اعم از محل زندگی، محل کار، هنگام بازی عبادت و یا رفتن به مدرسه می‌باشد. پرستار مسئول مراقبت جامعه‌نگر، بر تداوم مراقبت‌های مورد نیاز بیمار نظارت داشته، برای کنترل بیماریهای حاد و مزمن، تدابیری را تدارک می‌بیند و خدماتی را ارایه می‌دهد که سبب ارتقاء مراقبت از خود می‌گردد. مراقبت‌های بهداشتی جامعه نگر برای تأمین نیازهای افراد، زمانی که بین دو یا چند مراقبت مختلف وابسته به کل سیستم خدمات بهداشتی در حال جابجایی یا تغییر مکان هستند، طراحی شده‌اند.

پذیرش در یک واحد مراقبت بهداشتی

به دلیل افزایش قیمت‌ها و اجرای برنامه بازپرداخت هزینه‌های خدمات بهداشتی آینده‌نگر به جای گذشته‌نگر، پذیرش بیمارستان‌ها، همچنین طول مدت اقامت بیماران در بیمارستان‌ها کاهش یافته است. افزایش تعداد بیمارانی که جراحی دارند، آزمایشات تشخیصی و خدمات اورژانسی در واحد مراقبت‌های سرپایی می‌باشد. حتی بیمارانی هستند که ممکن است کمتر از ۲۴ ساعت بستری شوند و صبح جهت عمل جراحی فرستاده شوند و یا احتمال دارد در فاصله بین تشخیص و درمان به منزل

عملکرد انعکاسی ـ چالش برای مهارتهای بین فردی

هفته گذشته در درمانگاه من مسئول مراقبت چهار بیمار بودم. گرچه مراقبت از بیماران به ظاهر پیچیده نبود، برای من که مجبور بودم برای اولین بار چهار بیمار را مراقبت کنم، بدون این که بگویم، کاملاً عصبی بودم گفتم که یکی از بیماران زن به نام جنیفر لنز ۲۰ ساله که اختلال تشنج داشت و سه روز پیش جراحی شده بود امروز مرخص می‌شود، بنابراین لازم است برای ترخیص وی برنامه‌ریزی نموده و او را برای رفتن به منزل آماده نمائیم. گرچه واحد پرستاری خیلی کمک کرده بود ولی او صبحها احساس بیماری داشت و در بعضی موارد نیاز داشت به کارکنان بهداشتی مراجعه کند. مادامی که جنیفر را بررسی می‌کردم، او گفت که آیا من مایل هستم که او را به منزل برسانم. والدین او گفتند که برای بردن او به منزل بعضی وقتها صبح می‌آیند و زمانی که دستور ترخیص او را مرور می‌کردم، متوجه شدم که دستور او نوشته نشده است. من و پرستار با رزیدنت در مورد وضعیت جنیفر صحبت کردیم زیرا پزشک متخصص گفته بود که او امروز به منزل می‌رود. رزیدنت پاسخ داد که تا فردا منتظر باشد که پزشک متخصص دستور دهد و گفت که در مورد عوارض بعد از عمل او نگران بودند. گرچه بیمار سه روز بعد از عمل آماده بود. ضمناً پرستاری که با من کار می‌کرد از کارکنان بهداشتی بود. پرستار مسئول و معلم بالینی من هنوز با من بود ولی آنها تمام صبح برای این موقعیت اقدامی نکردند. بنابراین من دو انتخاب را از دست دادم. من باید می‌شنیدم که چرا رزیدنت به بیمار گفت که برنامه‌اش تغییر کرده و ما مراقبت روزانه او را ادامه دادیم یا من می‌توانستم با پزشک متخصص صحبت کنم که چنانچه لازم بود برای جنیفر فکری بکند.

خارج از جدول فکر کنید: مراحل عملکرد احتمالی

● پرستار آنچه که رزیدنت گفت به سادگی انجام دهد و مراقبت از جنیفر را ادامه دهد. گرچه او خیلی مأیوس باشد ولی آنچه که پزشک می‌خواهد باید به او گفته شود چیزی نیست که من نتوانم انجام دهم.

● با پزشک متخصص تماس گرفته شود و از او بخواهید به برنامه جنیفر فکر کند.

ارزشیابی یک برآیند خوب: تعریف موقعیت چیست؟

● بیمار مهمتر از همه بقدر کافی در سلامت هست که بدون ترس از عوارض، ترخیص شده و به منزل برود.

● علائق بیمار در نظر گرفته شود زیرا او آماده شده و به او گفته شده که آن روز به منزل می‌رود.

● زمانی که بیمار نمی‌تواند از خودش دفاع کند من از او دفاع می‌کنم.

یادگیری فردی: اینجا برای آینده است!

پزشک متخصص و پرستار مسئول را page کردم خیلی عصبی و نگران بودم که آنها آنچه را که من می‌خواهم توجه نکنند، به گفته یک دانشجوی پرستاری، وقتی جواب داد من موقعیت را توضیح دادم، که جنیفر علاقه دارد امروز به منزل برود. و او توجه نداشته است و حتی از من تشکر کرد که برای چک کردن آن، او را صدا کرده‌ام. او یک رزیدنت را برای نوشتن دستور ترخیص فرستاد و ما کاتتر وریدی را خارج کردیم و آموزشهای ترخیص را برای بیمار مرور کردیم. جنیفر خیلی خوشحال بود که به منزل می‌رود و من آرامش داشتم که او به قدر کافی در سلامت است که به منزل فرستاده می‌شود.

انعکاس

فکر می‌کنید که چگونه به موقعیت مشابه پاسخ خواهید داد؟ چرا؟ چه چیزی دربارهٔ شما و کفایت حرفه‌ای و مهارت شما گفته شد. چطور ممکن است اظهار بیمار دانشجوی پرستاری بر عملکردها اثر داشته باشد؟ دانشجوی پرستاری چه سؤالاتی ممکن است داشته باشد یا پرستار مسئول برای اطلاع رزیدنت از موقعیت چه طرحی داشته باشد؟ آیا شما می‌توانید در مورد سایر پاسخ‌ها فکر کنید آیا سایر مهارتهای (شناختی بین فردی فنی و اخلاقی / قانونی) برای پاسخ به این موقعیت ضروری است؟ دانشجوی پرستاری چگونه به ادامهٔ مراقبت مطمئن باشد؟ فرض کنید پزشک متخصص گفت که ترخیص بیمار با یک روز انتظار بیشتر باشد. شما چگونه به این تصمیم اطلاع به بیمار پاسخ می‌دهید؟ آیا شما با معیار ارزشیابی برآیند موقعیت موافق هستید؟ آیا دانشجوی پرستاری می‌تواند معیار را برآورده سازد؟ لطفاً جواب خود را توضیح دهید.

انتقال یابند تمام افرادی که وارد واحدهای مراقبت بهداشتی می‌شوند باید نقش جدیدی را به عهده بگیرند و باید نقشی که تاکنون داشته‌اند (نظیر همسر، پدر یا مادر، خواهر، برادر و دانش‌آموز) نقش بیمار را نیز بیفزایند. این افراد وارد محیطی می‌شوند که همه بیگانه‌اند و در این محیط با اصوات، بوها و دیدنیهای متفاوت روبرو خواهند شد. به منظور برآورده نمودن نیازهای بهداشتی، طی مرحله پذیرش، پرستار مراقبت‌های جامعی را تدارک می‌بیند و در عین حال اساس و مبنایی را در رابطه با چگونگی واکنشهای بیمار در بقیه مدت اقامت خود در بیمارستان و ارزیابی آن بنیان می‌نهد.

راهنماهای مربوط به برقراری ارتباط مؤثر بین بیمار و پرستار جهت کسب اطمینان از این که هر بیمار در هر واحدی به عنوان شخصیتی مستقل در نظر گرفته می‌شود در کادر ۱-۹ توضیح داده شده است. در طول پذیرش، پرستار نه تنها به عنوان فردی متخصص عمل می‌کند بلکه نگران آسایش و رفاه بیمار و خانواده‌اش نیز می‌باشد. مرحله پذیرش با مرحله آشنایی در

کادر ۱ـ۹. برقراری رابطه مؤثر بین پرستار و بیمار در پذیرش

- اضطراب بیمار را تشخیص دهید و جهت کاهش آن اقدام کنید. اضطراب، واکنش طبیعی به ناشناخته‌هاست، اما با آموزش و پذیرش و ارتباط درمانی می‌تواند کاهش یابد. بعضی نگرانیهای معمول که منجربه اضطراب می‌شوند به شرح زیرند: آیا درد خواهم داشت؟ در صورت مرگ من، چه کسی از خانواده‌ام مراقبت می‌کند؟ آیا غریبه‌ها بدن مرا خواهند دید؟ درمان من چقدر هزینه دارد؟ در صورتی که شغلم را از دست بدهم چه طور می‌شود؟
- به خاطر داشته باشید که موقعیت‌های طبی یا جراحی که بیمار به دلیل وجود آنها تحت درمان قرار می‌گیرد، تنها یک بخشی از زندگی وی را تشکیل می‌دهند. اگرچه ممکن است اولین نگرانی او محسوب گردند اما مشکلات دیگری نیز در همین راستا پیش رو خواهد داشت مثل احتیاجات خانواده، وضعیت مالی و آینده.
- با بیمار به عنوان یک فرد ارتباط برقرار کنید تا وی بتواند هویت خود را حفظ کند. از بیمار بپرسید که با چه عنوانی باید وی را مخاطب قرار داد؟ برخی عناوین، خانم، آقا یا دوشیزه را همراه با نام خانوادگی ترجیح می‌دهند، برخی دیگر دوست دارند با نام کوچک خوانده شوند. در مورد افراد سالمند، اصطلاح «پدر بزرگ» یا «مادربزرگ» را به کار نبرید. به جای استفاده از جملهٔ «آقای جونز بستری در اتاق ۲۲۱۸ به علت پارگی آپاندیس» از اصطلاح «آپاندیس اتاق ۲۲۱۸» استفاده نکنید.
- مدتی از وقت خود را به آگاهی از وضعیت فرهنگی بیمار و زمینه‌های مذهبی در وی اختصاص دهید. به ارزشها و عقاید بیمار احترام بگذارید حتی اگر متفاوت با دیدگاههای شما باشد.
- خانوادهٔ بیمار را برای مشارکت در تصمیم‌گیری در مورد تمام جنبه‌های مراقبتی تشویق نمائید.

مبحث ارتباطات کمکی برابر می‌باشد که در فصل ۲۱ توضیح داده شده است. بعلاوه، دستورالعملهای منظم می‌تواند تداوم و کیفیت مراقبت را هدایت نماید. برای مثال، استانداردهای پذیرش و ترخیص از بیمارستان، توسط کمیتهٔ مشترک اعتبار بخشی سازمان‌های مراقبت بهداشتی وضع گردیده است. این استانداردها، نیاز بیماران را برای مراقبت بهداشتی در رابطه با پذیرش توسط پرستار مجرب و متخصص بررسی می‌کند که شامل توجه به عوامل بیوفیزیکی، روانی ـ اجتماعی، محیطی، مراقبت از خود، آموزشی و برنامه‌ریزی ترخیص است. همچنین پرستاران با پزشکان و سایر اعضای شاخه‌های بالینی در رابطه با نیاز بیمار جهت مراقبت پرستاری تصمیم‌گیری می‌کنند.

بخاطر بیاورید، جف هارت پسر ۹ ساله را با عوارض تنفسی که عمیقاً عقب افتاده است. پرستار نیاز است که برای فراهم نمودن تسهیلات و تعیین برنامه مراقبتی تشویق نمائید.

پذیرش در تسهیلات مراقبت سرپایی

در تسهیلات مراقبت سرپایی، که در فصل ۸ توضیح داده شد. بیمار از سرویس‌های خدمات مراقبتی بهداشتی بهره‌مند شده اما شب در این مراکز باقی نمی‌ماند. افراد ممکن است در انواع مختلف تسهیلات سرپایی نظیر مطب پزشکان، درمانگاهها، واحدهای خدمات سرپائی، واحدهای اورژانس و مراکز جراحی روزانه، تحت مراقبت قرار گیرند. هدف از ایجاد این تسهیلات، فراهم نمودن زمینه‌ای مناسب برای بیمارانی است که قادرند با کمک مراقبین بهداشتی به مراقبت از خود در خانه بپردازند. افراد به منظور ارتقاء سلامت، حفظ سلامت و یا درمانهای طبی و جراحی به واحدهای سرپایی مراجعه می‌کنند. در بیشتر مطبها و واحدهای درمانگاهی، بیماران وارد بخش پذیرش می‌شوند و در آن جا تاریخچه کوتاهی از وضعیت سلامت آنها گرفته می‌شود مگر آنها در مراجعات قبلی چنین اقدامی شده باشد. سپس به اتاق معاینه می‌روند تا بررسی و شناخت فیزیکی (که اغلب به طور اختصاصی در رابطه با علت مراجعهٔ بیمار صورت می‌پذیرد) در آنجا تکمیل گردد. بسته به نیاز بیماران ممکن است به انجام تست‌های تشخیصی اقدام شود، واکسیناسیون صورت پذیرد. دارو تجویز گردد و یا جراحی‌های کوچکی انجام گیرد. تمامی بیماران نیاز به آموزشی دارند که باید شامل: دستورات مکتوب پیرامون امر مراقبت در خانه، فعالیتهای مربوط به ارتقاء سلامت و چگونگی تماس با افراد متخصص جهت پاسخگوئی به سؤالات بیشتر باشد. ارجاع به مؤسسات اجتماعی، گروههای حمایتی و یا سایر واحدهای خدمات بهداشتی ممکن است ضرورت یابد. پذیرش در واحد خدمات سرپایی یا مراکز جراحی روزانه، تا حدودی متفاوت است. تست‌های غربالگری، آموزش و مراحل پذیرش قبل از ورود بیمار به واحدهای مربوطه کامل می‌شود. آنها به واحدهای مربوطه وارد می‌شوند اقدامات لازم برایشان انجام می‌گیرد و پس از بهبودی در حد رضایت بخش به خانه انتقال می‌یابند (به فصل ۳۰ رجوع کنید) اگر بیماران عمل جراحی در واحد بیمارستانی داشته باشند، به محض ورود اقدامات معمول جهت پذیرش آنها صورت می‌گیرد و در بیشتر موارد، آزمایشات غربالگری و آموزش قبل از روز تعیین شده برای جراحی انجام می‌شود. بررسی کلیه خدمات انجام شده و نیز تعیین برنامهٔ مراقبتی کاملاً فردی بر مبنای نیازهای بیمار، از جمله مسئولیت‌های پرستار می‌باشد.

پذیرش در بیمارستان

در بیشتر بیمارستانها، پذیرش بیمار از دفتر پذیرش آغاز می‌شود. کارکنان، اطلاعاتی در رابطه با بیمار به دست می‌آورند و آنها را بر

روی برگهٔ مخصوص پذیرش وارد می‌کنند. این برگه پذیرش در واقع جزیی ثابت از گزارش مربوط به بیمار می‌باشد که در کادر ۲-۹ لیست شده است.

کد تشخیص هویت و نام بیمار و نام پزشک (و سایر اطلاعات مورد نیاز مؤسسات خاص)، که بر روی دستبند مشخصات که به مچ دست بیمار بسته می‌شود یادداشت می‌گردد. این دستبند یکی از اجزای مهم و مطمئن در ارتباط با اقامت بیمار می‌باشد زیرا هویت فرد را برای انجام روشها و مراحل درمانی نظیر تجویز دارو، آزمایشات تشخیصی و جراحی به دقت تعیین می‌نماید. دستبند برای تشخیص هویت بیماران در حال اغماء، دیوانه و کودکان ضروری می‌باشد. در طول مصاحبه اولیه، پرستار سایر اطلاعات را در مورد اجزاء مراقبت قانونی و اخلاقی فراهم می‌کند. بیمار فرم رضایت درمان و اجازه بیمارستان برای تماس مراقبین بهداشتی با بیمه یا آژانس‌های عمومی را (نظیر مدی کر) برای سرویسهای پرداختی امضاء می‌کند از بیماران سؤال می‌شود در صورتی که دستورالعمل پیشرفته ثابتی دارند مثل یک وکیل که در طول زندگی، یک فرم به آنها داده شود که برای انجام آن در خواست گردد. در فصل ۳۳ نمونه‌ای از این فرم و دستورالعمل آن به بحث گذاشته شده است. با وکالتنامه فدرال حقوق خصوصی بیمار در سال ۱۹۹۶ تحت بیمه سلامت قابل حمل و مسئول بصورت مکتوب نوشته شده که در فصل ۷ توضیح داده شده است. همچنین از بیماران نامهای اعضای خانواده و دوستان آنها که وضعیت سلامتی بیمار را می‌توان به آنها گزارش داد تهیه می‌شود. در گذشته تمام بیمارستانها فرم صورت حساب به بیمار داده می‌شد که در فصل ۶ در مورد آن بحث شده است. بعد از کامل شدن فرمهای ضروری در دفتر پذیرش، گرفتن تاریخچه سلامتی مربوط به واحد پذیرش و بررسی و شناخت فیزیکی توسط پرستار مربوطه انجام می‌گیرد. مطالعات آزمایشگاهی، عکسبرداری و روشهای واحد پذیرش به صورت سرپایی و یا روز قبل انجام می‌گیرد. اگر بیمار بدون برنامهٔ از پیش تعیین شده پذیرش شود یا مدت اقامت وی محدود باشد (مثل افرادی که صبح روز انجام معاینات تشخیصی پذیرش می‌شوند و سپس همان روز به خانه بر می‌گردند) در آن صورت مراحل پذیرش و بررسی و شناخت در همان واحد مربوطه کامل می‌شود.

آماده کردن اتاق جهت پذیرش

دفتر پذیرش باید واحدی که بیمار در آن پذیرش می‌شود قبل از ورود بیمار مطلع سازد تا این که اتاقی برای وی آماده نمایند. گرچه ممکن است پرستار بسیاری از اقدامات فهرست شده را نتواند انجام دهد، ولی مسئول است که مطمئن شود که سایر کارکنان آنها را انجام می‌دهند. راهنمای مراقبت پرستاری ۱-۹ عناوین فعالیتهایی است که باید پیش از ورود بیمار انجام شود.

کادر ۲-۹. جمع‌آوری اطلاعات هنگام پذیرش در بیمارستان

- نام کامل
- آدرس
- تاریخ تولد
- نام پزشک مسئول پذیرش
- جنس
- وضعیت تأهل
- بستگان نزدیک
- شغل و وضعیت استخدامی
- وضعیت مالی برای پرداخت هزینهٔ خدمات بهداشتی
- علایق مذهبی
- تاریخ و زمان پذیرش
- کد تشخیص هویت
- تشخیص اولیه هنگام پذیرش

خوش‌آمدگویی به بیمار هنگام ورود به واحد مربوطه

اگرچه سایر اعضای تیم بهداشتی درمانی نیز ممکن است در مراحل پذیرش بیمار همکاری می‌کنند اما آسایش و سلامت بیمار هنگام ورود به واحد مربوطه، از جمله مسئولیت‌های پرستار است. پرستار مراحل بررسی و شناخت انجام شده حین پذیرش را تکمیل و اطلاعات پایهٔ موجود در برگه پذیرش را ثبت می‌نماید. در فرم نمونه اطلاعات خاصی که باید گردآوری و ثبت شوند، قرار داده شده است. اطلاعات موجود در فرم، جهت ایجاد برنامهٔ مراقبت پرستاری برای بیمار مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین مرجعی است که برای برنامه‌ریزی حین ترخیص و مراقبت در خانه می‌توان به آن رجوع‌کرد. بعلاوه فهرستی از وسایل شخصی بیمار تهیه گردد تا از بازگرداندن آنها به بیمار حین ترخیص یا انتقال آنها همراه با بیمار حین جابجایی از یک واحد به واحد دیگر، اطمینان حاصل شود. ورود بیمار به واحد مربوطه باید با خوش‌آمدگویی همراه باشد درست مانند وقتی که ورود میهمانی را به خانهٔ خود خوشامد می‌گوییم. در بیشتر موارد، بیمار توسط اعضای خانواده همراهی می‌شود که یا برای حمایت از وی و دادن اطلاعات لازم همراه او باقی می‌ماند و یا از آنها تقاضا می‌شود طی انجام مراحل پذیرش در اتاق انتظار، منتظر باشند. پرستار باید به بررسی نیازهای بیمار و خانواده‌اش پرداخته و توافق دو طرف را در رابطه با حضور خانواده هنگام پذیرش در نظر بگیرد.

راهنمای مراقبت پرستاری ۱ـ۹

آمادگی اتاق برای پذیرش بیمار

- وضعیت تخت (شکل ۱ـ۹). برای بیماران سرپایی تخت باید در پایین‌ترین وضعیت خود قرار گیرد. اگر بیمار با برانکارد آورده می‌شود تخت باید در بالاترین وضعیت خود باشد. مطمئن شوید که وسایل داخل اتاق به گونه‌ای چیده شده باشند که بیمار به راحتی بتواند به تخت دسترسی یابد.
- با تا زدن ملافه رویی، تخت را باز کنید.
- وسایل و مواد ضروری را فراهم کنید. بسته مخصوص پذیرش در بیمارستان (شامل لگن حمام، پارچ آب، لیوان، حوله، صابون و لوسیون می‌باشد) باید در اتاق گذارده شود. گان بیمارستان یا پیژامه باید در اتاق موجود باشد. اگرچه بیمار ممکن است تمایل به پوشیدن پیژامه یا گان شخصی خود را داشته باشد. وسایل لازم جهت گرفتن علائم حیاتی (مثل گوشی، فشار سنج و درجه حرارت) و وسایل اندازه گیری قد و وزن باید در اتاق موجود بوده و یا دسترسی فوری به آن میسر باشد. اگر قبلاً اقدامات آزمایشگاهی انجام شده، ظرفی جهت نگهداری نمونهٔ تمیز ادرار باید در دسترس باشد.
- وسایل و تجهیزات اختصاصی را فراهم کنید. بیمار ممکن است به اکسیژن درمانی، مانیتورینگ قلبی یا ساکشن احتیاج داشته باشد. پرستار باید مطمئن شود که این تجهیزات درست کار می‌کنند و برای استفاده بیمار به محض ورود آماده باشند.
- به محیط فیزیکی اتاق رسیدگی نمائید. این امر می‌تواند شامل روشن کردن چراغها یا نصب دماسنج در اتاق باشد.

انتقال در داخل واحد یا از یک واحد به واحد دیگر

جابه‌جایی بیمار در داخل یک واحد امری معمول می‌باشد و همچنین انتقال از یک واحد به واحد دیگر نیز انجام می‌شود. مثالهایی از انتقال در داخل یک واحد، یا از یک واحد به واحد دیگر شامل موارد زیر است:

- بیماران اغلب در داخل واحدهای بیمارستانی جابه‌جا می‌شوند. از اتاق اورژانس به اتاق بیمارستان، از واحد مراقبت ویژه (ICU) به اتاق بیمارستان (و بالعکس) از یک طبقه به طبقه دیگر، یا از یک اتاق به اتاق دیگر در همان طبقه
- بیماران به واحد مراقبت‌های ویژه یا واحد اقامت طولانی‌مدت انتقال یافته و از این واحدها به واحدهایی دیگر منتقل می‌شوند.
- بیماران از واحد مراقبت‌های ویژه به خانه انتقال می‌یابند.
- بیماران از واحد مراقبت‌های سرپایی به واحد مراقبت‌های ویژه انتقال پیدا می‌کنند.

زمانی که بیمار انتقال می‌یابد، باید خود را با محیط جدید، هم اتاقهای جدید، عادات جدید و مراقبین جدید تطبیق دهد. اگر انتقال به سطوح مراقبتی بالاتر مثل ICU باشد، مناظر و اصوات برای وی نامأنوس خواهد بود. انتقال به واحد اقامت طولانی‌مدت ممکن است برای بیمار یا خانوادهٔ وی خوشایند نباشد، اما در صورتی که اعضای خانواده قادر به مراقبت از بیمار در خانه نباشد یا فرد دیگری برای کمک به وی وجود نداشته باشد. این امر ضرورت پیدا می‌کند. تمامی عوامل ذکر شده موجب بروز تنیدگی و اضطراب خواهند شد.

به خاطر بیاورید لورادکاس را، کسی که اطمینان ندارد که قادر باشد از خواهرش در منزل مراقبت نماید. اگر مشخص شود که خانم دکاس نمی‌تواند از خواهرش در منزل مراقبت نماید، ممکن است تصمیم بگیرد که او را به مرکز مراقبت‌های طولانی‌مدت انتقال دهد. در این مورد پرستار باید خانم دگاس را حمایت و راهنمایی نماید که با کمترین تنش و اضطراب به آسانی بتواند او را انتقال دهد.

پرستار ممکن است در جابه‌جایی فیزیکی بیمار مسئولیتی نداشته باشد، اما در رابطه با تأمین آسایش، ایمنی و شناخت نیازهای بیمار و خانواده‌اش مسئول است. اگرچه ثبت شواهد و مدارک و شیوه‌های به کار رفته، بسته به مؤسسات و نوع انتقال متفاوت می‌باشد، اما برای کسب اطمینان از وجود انتقالی آرام و تداوم در امر مراقبت‌ها، نیازهای بیمار باید در اولویت قرار گیرد.

انتقال در داخل واحدهای بیمارستانی

زمانی که بیمار در داخل بیمارستان انتقال می‌یابد وسایل شخصی او طول می‌کشد تا در اتاق جدید برده شود. باید تلاش کرد تا از گم شدن وسایل بیمار یا قرار گرفتن آنها در مکانی اشتباه جلوگیری به عمل آید چارت بیمار، کاردکس، برنامه مراقبتی و داروها باید برای ورود به اتاق جدید به نحوی صحیح برچسب زده شوند و به سایر بخشها (نظیر تغذیه، داروخانه، فیزیوتراپی) نیز اطلاع داده شود. اگر بیمار به طبقهٔ دیگر یا به ICU انتقال داده شود اعضای خانواده ممکن است وسایل شخصی و گلهای بیمار را به منزل ببرند. اگر بیمار به واحد دیگری انتقال می‌یابد. پرستاری که در محل اقامت اولیه بیمار قرار دارد باید گزارش شفاهی راجع به وضعیت وی به پرستار بخش جدید ارایه دهد. گزارش باید شامل نام بیمار، سن، پزشکان معالج، تشخیص هنگام پذیرش، روش جراحی (در صورتی که انجام شده باشد). وضعیت کنونی و تظاهرات بالینی، حساسیت‌ها، داروها و درمانها، اطلاعات آزمایشگاهی و کلیه تجهیزات ویژهٔ مورد نیاز باشد.

اولویت در مراقبت‌های پرستاری باید مشخص شده و دستورات از قبل تهیه شده مورد ملاحظه قرار گیرند. انتقال اطلاعات به طور کامل و صحیح، برای کسب اطمینان از تداوم مراقبت‌ها، ضروری است.

انتقال به واحد مراقبتی طولانی‌مدت

زمانی که بیمار از واحد بیمارستانی به مرکز مراقبت طولانی‌مدت انتقال می‌یابد. از بیمارستان ترخیص می‌شود اما یک کپی از چارت مربوطه ممکن است به واحد مراقبت طولانی‌مدت فرستاده شود (بسته به نظر پزشک و با توجه به توافق‌نامه مؤسسه) چارت اصلی که مدرکی قانونی است در بیمارستان باقی می‌ماند. تمام وسایل بیمار باید به دقت بسته‌بندی شده و همراه وی به مرکز مربوطه انتقال یابد. نسخه‌ها و کارتهای ملاقات برای ویزیت مجدد در مطب پزشک باید همراه بیمار فرستاده شود. در بیشتر موارد، جزئیات مربوط به برنامه مراقبتی و بررسی و شناخت انجام شده از بیمارستان به واحد مراقبتی طولانی‌مدت ارسال می‌گردد. بعلاوه پرستار مقیم در بیمارستان با پرستار مقیم واحد مراقبتی طولانی‌مدت، صحبت می‌نماید تا از تداوم در امر مراقبت اطمینان حاصل کند.

به خاطر بیاورید جف هارت را، پسر ۹ ساله‌ای که به علت عوارض تنفسی به بیمارستان انتقال یافت. بلافاصله مشکلات بیمار حل شده بود. پرستار باید جف را آماده نماید تا به مرکز نگهداری کودکان انتقال یابد. اطلاعات مربوط به وقایع بستری بودن باید ثبت و گزارش گردد ارتباط بین اعضای تیم مراقبت بهداشتی در بیمارستان و مرکز نگهداری کودکان به منظور اطمینان از ادامه مراقبت جف ضروری است.

ترخیص از واحد مراقبت بهداشتی

به منظور تأمین نیازهای بیماری که در حال ترخیص از واحد مراقبت‌های بهداشتی درمانی است، پرستار باید در نظر داشته باشد که بیمار توقع دارد نقش وی در مراقبت از خود از حالت وابسته به حالتی غیر وابسته‌تر تغییر کند. بیماران زمانی از تسهیلات بهداشتی درمانی ترخیص می‌شوند که برآیندهای مورد انتظار در امر مراقبت تأمین گشته و بیمار یا مراقبین وی از آگاهی و مهارتهای لازم در امر مراقبت از خود برخوردار شده باشند. اگرچه ترخیص تقریباً همیشه امری خوشایند و مطلوب محسوب می‌گردد، اما می‌تواند تنش‌زا نیز باشد.

برنامه‌ریزی ترخیص

هدف از برنامه‌ریزی ترخیص، برنامه‌ریزی جهت ادامه مراقبت می‌باشد به طوری که معمولاً مراجعه به بیمارستان به عنوان برنامه‌ریزی ترخیص می‌باشد. پرستار باید از تداوم مراقبت و برآورده شدن نیازهای بیمار و خانواده‌اش از مراقبت حاد در واحد بالینی به مراقبت در منزل اطمینان حاصل نماید. اجزاء اصلی برنامه‌ریزی ترخیص شامل بررسی توانائیها و محدودیتهای بیمار، خانواده یا شخصی که بیمار را حمایت می‌کند. محیط، هماهنگی و اجرای برنامه مراقبت و توجه به ویژگی فرد، خانواده و منابع اجتماعی و ارزشیابی مراقبت مؤثر از بیمار می‌باشد.

برنامه‌ریزی ترخیص در واقع از همان زمان پذیرش، یعنی وقتی که اطلاعات در رابطه با بیمار جمع‌آوری و ثبت می‌شود، آغاز می‌گردد. کلید موفقیت در برنامهٔ ترخیص تبادل اطلاعات بین بیمار، مراقبین و افرادی است که مسئولیت مراقبت از بیمار را هم در زمان اقامت در بیمارستان در مرحله حاد و هم در ترخیص پیش از موقع، بیماران اغلب هنگام برگشت به منزل هنوز در محلهٔ حاد بیماری به سر می‌برند و و نیازمند درمان و مراقبتی شدید از سوی اعضای خانواده می‌باشند. مدت زمان طولانی نیست که برای اعضای خانواده، تعویض پانسمانهای استریل، کنترل دقیق داروهای استفاده شده بصورت وریدی ارایه مراقبت‌های کامل فیزیکی و اداره وسایل با تکنولوژی پیشرفته و آماده‌سازی رژیم غذایی مخصوص بیمار، امری معمول شده است در صورت عدم آمادگی یا ناتوانی آنها در انجام صحیح اقدامات ذکر شده، ممکن است بیماری فرد تشدید یافته و یا دچار عوارض گردد که نیازمند پذیرش دوباره یا درمانهای اضافی دیگر خواهد بود. پرستار باید اطمینان حاصل نماید که اطلاعات و مهارتهای لازم به اعضای خانواده آموزش داده شده است (شکل ۴-۹) و در مواقع لزوم ارجاع به مؤسسات مراقبت‌های بهداشتی درمانی در خانه، یا به سرویسهای اجتماعی جهت حمایت و کمک در خلال دورهٔ بهبودی صورت می‌گیرد (مراقبت در خانه در فصل ۱۰ شرح داده شده است).

در اِبتدا فرایند ترخیص به تعیین نیازهای بیمار و خانواده و سپس برنامه‌ریزی جهت رفع این نیازها پس از ترخیص از واحدهای بهداشتی درمانی می‌پردازد. این فرایند با شناسایی بیمارانی که به برنامه ترخیص نیاز دارند، آغاز می‌شود. به طور کلی همهٔ بیماران به برنامهٔ ترخیص نیازمندند، اما برخی بیماران خاص هستند که نیاز گسترده‌تری به سرویس‌دهی‌های ویژه دارند. پرستاری که امر بررسی و شناخت مقدماتی را هدایت می‌کند، برای تعیین نیازهای ویژه در بهترین موقعیت قرار دارد.

جنیفر لنر را به خاطر بیاورید زن جوانی که تشنج کرده بود و در معرض خطر عوارض بعد از عمل بود. زمانی که جنیفر پذیرش شد، اطلاعات در مورد مشکل نورولوژی او فراهم شد پرستار باید برنامه ترخیص بیمار را از آن اطلاعات و خطرات ویژه‌ای که بعد از عمل دارد برای بازگشت وی به منزل برنامه‌ریزی نماید از وقتی که با والدینش زندگی می‌کند، مراقبت وی در منزل ممکن است مناسب باشد یا نباشد بنابراین به شناسایی والدین و موقعیت منزل بستگی دارد.

بیماران دارای ویژگی‌های زیر نیز به یک برنامه ترخیصی رسمی و ارجاع به مؤسسات دیگر نیازمندند:

- نداشتن آگاهی در زمینه برنامه درمانی
- انزوای اجتماعی
- بیماری مزمن که اخیراً تشخیص داده شده است.
- جراحی بزرگ
- طولانی شدن بهبودی پس از جراحی یا بیماری
- بی‌ثباتی روحی یا روانی
- رژیم‌های درمانی پیچیده در منزل
- مشکلات مالی
- در دسترس نبودن یا نزدیک نبودن مراکز ارجاع
- بیماری کشنده

دستورالعمل‌های مربوط به برنامهٔ ترخیص

برنامه ترخیص ممکن است برای مدت طولانی برای بیمار دچار آسیب‌دیدگی یا بیماری جدی بستری در بیمارستان اجرا شود، یا ممکن است در زمانی نسبتاً سریع برای بیماری که در واحد مراقبت‌های سرپایی تحت معالجه می‌باشد، انجام گیرد. مدیر و اداره کنندهٔ اقدامات پرستاری، اغلب مسئول برنامه‌ریزی جهت ترخیص بیمارانی است که در واحد مراقبتی حاد به سر می‌برند، همچنین پیگیری برنامهٔ مراقبتی یا مسیرهای بحرانی ایجاد شده برای بیمار نیز برعهدهٔ وی می‌باشد. مهم نیست که از چه برنامهٔ منظم و سازمان یافته‌ای استفاده می‌شود بلکه پرستار باید به بررسی نیازهای بیمار و مشکلات وی پرداخته و اهداف وسیع را تعیین کند و اقدام به ارایه آموزش نموده و ارجاع دهد. یک نمونه برنامه ترخیص در کادر ۳-۹ تهیه شده است.

بررسی و شناسایی نیازهای مراقبت بهداشتی

اولین مرحله در برنامهٔ ترخیص، جمع‌آوری و سازمان‌دهی اطلاعات مربوط به بیمار است (بررسی و شناخت و مصاحبه با جزئیات آن در فصل ۲۵ و ۱۲ می‌باشد) وقتی وضعیت بیمار جهت ترخیص مورد بررسی قرار می‌گیرد. پرستار خانواده را نیز جزء واحد مراقبتی قرار می‌دهد. برای آنکه انتقال از واحد بهداشتی درمانی به خانه مؤثر واقع گردد، هم بیمار و هم خانوادهٔ وی باید در فرآیند ترخیص نقش فعال به عهده داشته باشند. عوامل بررسی و شناخت مربوط به برنامهٔ ترخیص در راهنمای بررسی و شناخت ۱-۹ فهرست‌بندی شده است. بسته به روشهای خاص هر مؤسسه از طرحهای دیگری نیز برای بررسی و شناخت می‌توان استفاده کرد تا امکان ارزیابی توانایی انجام فعالیتهای روزانه (استحمام، لباس پوشیدن، توالت رفتن، جابه‌جا شدن، کنترل ادرار و مدفوع و تغذیه کردن) و استفاده از ابزارها در زندگی روزانه (استفاده از تلفن، خرید کردن، آماده کردن غذا، خانه‌داری و شستشوی لباس‌ها، گرفتن داروها و نوع وسیلهٔ نقلیه) فراهم آید. قبل از انجام برنامهٔ مراقبت پرستاری باید گزارش پزشکی و دستورات پزشک مورد مشاوره قرار گیرند تا برنامهٔ دارو و درمان به درستی اجرا گردد.

تشخیص‌های پرستاری که بر اساس بررسی و شناخت برنامهٔ ترخیص، صورت پذیرفته، به شناسائی نیازهای بیمار و خانوادهٔ وی می‌پردازد. نمونه‌هایی از تشخیص‌های پرستاری برای بیماری که در حال ترخیص است در جدول تشخیص‌های پرستاری NANDA آمده است. مشخص نمودن این امر که آیا مشکلات در حال حاضر وجود دارند یا به صورت مشکلات احتمالی در نظر گرفته می‌شوند، حائز اهمیت می‌باشد. برای مثال، بیماری که دارای مشکلات مزمن تنفسی است، توسط یکی از اعضای خانواده به مدت ۱ ماه تحت مراقبت قرار می‌گیرد اما پس از این مدت وی در خانه تنها می‌ماند. در این نمونه، مشکل واقعی در حال حاضر وجود ندارد، اما چنانچه برنامه‌ریزی برای برآورده نمودن نیازها در زمانی که اعضای خانواده مدت طولانی حضور ندارند، صورت نگیرد، مشکل جدی ایجاد می‌گردد.

تدوین اهداف با بیمار

برای آن که اهداف مورد انتظار در برنامهٔ ترخیص، تحقق یابند باید دو جانبه و واقعی باشند. وقتی پرستار اهداف را با توجه به نظر نظر بیمار طرح‌ریزی می‌نماید، احتمال تحقق برآیندهای مورد انتظار برنامهٔ مراقبتی بیشتر خواهد شد. اهدافی که بر مبنای توافق دو جانبه نبوده و یا بر اساس بررسی و شناخت کامل نیازهای بیمار تعیین نشده باشد، اغلب منجربه عدم پیگیری برنامه توسط بیمار می‌گردد. به عنوان مثال: به بیماری دربارهٔ یک نوع رژیم غذایی خاص آموزش داده شده اما وی بعد از ترخیص به دلیل مشکلات مالی، فقدان وسیلهٔ نقلیه برای

کادر ۳ـ۹. نمونه‌ی از برنامه‌ریزی ترخیص

آقای اسمیت مردی ۵۵ ساله، متأهل با تشخیص سکته در بیمارستان بستری شده است. قسمت چپ بدن او در حال حاضر ضعیف بوده و برقراری ارتباطات کلامی برای وی دشوار است. همچنین به مدت ۱۰ سال است که سابقه فشار خون بالا داشته است. اگر فشار خون آقای اسمیت ثابت بماند، وی ظرف ۳ روز از بیمارستان ترخیص خواهد شد. او با تجویز ۴ نوع داروی جدید و داشتن سوند ادراری ثابت به خانه خواهد رفت. پرستار پس از مطالعهٔ گزارش پزشکی، با آقا و خانم اسمیت مصاحبه می‌کند. بررسی و شناخت انجام شده مشخص می‌نماید که توانایی آقای اسمیت در انتقال از تخت به صندلی محدود است. هم آقا و هم خانم اسمیت معتقد است که ظرف سه هفته قادر خواهد بود به محل کار خود به عنوان حسابدار بازگردد و از فکر این که در این سن معلول باشد بیزار است. اما خانم اسمیت اعتقاد دارد وی هرگز نمی‌تواند مجدداً کار کند آنها در گذشته هرگز با بیماری که معلولیت ایجاد کند یا خطری برای زندگی محسوب گردد، مواجه نشده بودند. در رابطه با رژیم غذایی‌شان نیز از هیچ اولویت فرهنگی قابل ملاحظه‌ای تبعیت نمی‌کنند و. دو فرزند دارند که همراه با خانواده‌هایشان در خارج از ایالت زندگی می‌کنند. خواهر کوچکتر خانم اسمیت در همسایگی آنها زندگی می‌نماید. آنها هر دو دارای تحصیلات دانشگاهی هستند. اسمیتها در حومهٔ شهر زندگی می‌کنند. خانهٔ آنها دو طبقه بوده و دارای پلکان باریکی است که به طبقه دوم منتهی می‌شود. در این طبقه دو حمام و سه اتاق خواب وجود دارد. لوله کشی خانه مناسب است. مطب دکتر خانوادگی آنها حدود یک مایل دورتر واقع شده و مرکز خرید به آنها نزدیک است. خانم اسمیت در رابطه با مراقبت از سوند و جابجایی آقای اسمیت به داخل یا خارج از تخت نگران است. وی نیازمند ارایه دستورالعمل‌های پیرامون مصرف داروها و رژیم غذایی جدید می‌باشد. وی از این که ممکن است در نیمه شب نتواند به اورژانس دسترسی یابد وحشت زده است. از لحاظ مالی نیز درآمد دو نفرهٔ خانواده به طور ناگهانی به درآمد یک نفر متکی شده است. آقای اسمیت هنوز ۶۵ سالش نشده است، بنابراین جهت استفاده از طرح دولتی ارایه خدمات درمانی به سالمندان، واجد شرایط نیست. اگرچه دارای بیمهٔ معلولیت می‌باشد که می‌تواند بخشی از درآمد وی را پوشش دهد.

برنامه‌ریزی

پرستار چگونه باید برنامهٔ ترخیص را هماهنگ سازد؟ برای تعیین رژیم غذایی، داروها و سایر درمانها، همچنین دستورات مربوط به سلامت در خانه باید با پزشک مشورت شود. اسمیت‌ها باید برای داشتن رژیم غذای کم سدیم و روشهای گوناگون آماده کردن غذا با نمک کم با متخصص تغذیه مشورت نمایند. فیزیوتراپی از هم اکنون در بیمارستان آغاز شده و در خانه نیز ادامه پیدا خواهد کرد. ملاقات با کار درمان نیز برای ارایه آموزشهای لازم در رابطه با ورزشهای قدرتی و استفاده از وسایل کمکی نظیر واکر، صورت خواهد گرفت. جهت بررسی هزینه‌ها و وضعیت مالی، یک مددکار احتماعی فراخوانده می‌شود تا دقیقاً تعیین نماید که با توجه به نوع بیمهٔ خانوادهٔ اسمیت چه سرویس‌هایی بازپرداخت هزینه‌ها را تقبل می‌نماید و اسمیت‌ها چگونه می‌توانند از عهدهٔ هزینه‌های مازاد بردرآمد خود برآیند. پرستار با مؤسسه حفظ سلامت در خانه، در رابطه با نیازهای بهداشتی درمانی آقا و خانم اسمیت گفتگو می‌کند. یک برنامهٔ آموزشی برای مصرف داروها و مراقبت از سوند ادراری اجرا می‌شود. خانم اسمیت نحوهٔ مراقبت از سوند را شرح می‌دهد. فیزیوتراپ، به خانم اسمیت آموزش می‌دهد که چگونه آقای اسمیت را به داخل تخت یا خارج از آن انتقال دهد و به وی اطمینان می‌دهد که او نیز برای تمرین در منزل کمک خواهد کرد. اطلاعات مکتوبی در زمینهٔ فشار خون بالا، سکته، رژیم غذایی کم سدیم و داروهای تجویز شده به خانواده اسمیت داده می‌شود. همچنین شمارهٔ تلفن گروه حمایتی محلی برای افرادی که دچار سکته شده‌اند نیز در اختیارشان قرار می‌گیرد. اگرچه خانم اسمیت کماکان نگرانی خود را به صورت شفاهی در رابطه با مراقبت در خانه ابراز می‌دارد، اما احساس می‌کند اکنون کنترل بیشتری بر اوضاع دارد. آقای اسمیت نیز درمی‌یابد که بهبودی بیشتر از آنچه که وی انتظار دارد، به طول می‌انجامد. هنگام ترخیص، پرستار به اسمیت‌ها می‌گوید که یک نفر از بیمارستان روز بعد به آنها تلفن خواهد کرد و پرستار مسئول امر سلامت در خانه بعد از ظهر همان روز به ملاقاتشان خواهد آمد.

خریداری مواد غذایی توصیه شده یا نداشتن یخچال برای نگهداری غذا، از این رژیم پیروی نمی‌کند.

آموزش

به موضوعات مهم آموزشی در زمینهٔ مراقبت از خود در خانه، باید قبل از ترخیص توجه شود. این موضوعات شامل داروها، روشها و درمانها و تغذیه، ارجاع و وضعیت بهداشتی است.

بیمار نیاز دارد که نام دارو، مقدار، هدف از تجویز، اثرات، زمان دریافت دارو و عوارض جانبی احتمالی دارو را آگاهی داشته باشد. اطلاعات ویژه در زمینهٔ داروها باید به دو صورت کتبی و شفاهی در اختیار بیمار قرار گیرد. می‌توان بر روی کاغذ صفحهٔ ساعتی ترسیم کرد و نام دارو را در برابر زمان دقیق مصرف آن نوشت.

مراحل روشهای کار (نظیر تعویض پانسمان) باید شرح داده شده، عملاً اجرا گردند و به صورت مکتوب در اختیار بیمار و مراقبین وی قرار گیرد. پس از آن بیمار و مراقبین نیز باید روشهای کار و درمانها را شرح دهند. آگاهی از اهداف مربوط به اقدامات انجام شده و دارا بودن اطلاعات کافی در زمینهٔ چگونگی دسترسی به خدمات می‌تواند حائز اهمیت باشد.

هدف از تغذیه و برآیندهای مورد انتظار آن باید به وضوح شرح داده شوند. نوشتن چند نمونه از برنامه‌های غذایی و دستورات غذا می‌تواند سودمند باشد. اگر بیمار در بیمارستان به سر می‌برد، می‌تواند چندین مورد از صورت غذاها و روشهای تهیه آن را یادداشت کند تا در خانه به عنوان مرجع به آنها رجوع نماید.

بررسی و شناخت تمرکز یافته ۱ـ۹

برنامه‌ریزی ترخیص

عوامل مورد بررسی	سؤالات و روشهای انجام شده
اطلاعات بهداشتی	اطلاعات پایه‌ای در زمینهٔ سن، جنس، قد، وزن، تشخیص پزشکی، تاریخچهٔ طبی گذشته، مشکلات جاری مربوط به سلامت، جراحی، محدودیت‌های عملکردی (نظیر قطع عضو، استفاده از صندلی چرخدار یا واکر، اختلال در شنوایی یا بینایی) بدست آورید.
اطلاعات شخصی	سؤالات زیر را از بیمار بپرسید: «ترجیح می‌دهید با چه زبانی صحبت کنید؟» «در رابطه با ترخیصتان چه احساسی دارید؟» «چه انتظاری از بهبودی دارید؟» «برای مقابله با استرس چه کار می‌کنید؟ آیا روشهای شما کمک می‌کنند؟»
مراقبین	از مراقبت کنندگان در رابطه با سن، جنس، نسبتشان با بیمار، تجربهٔ گذشته‌شان در زمینه این نوع بیماری و درمان، ارزشها، عقاید و فعالیتهای فرهنگیشان که همگی می‌توانند بر نحوه مراقبت از بیمار تأثیر گذارند، سؤال کنید: «آیا با بیمار زندگی می‌کنید؟» «برای مراقبت از بیمار در منزل چه پیش‌بینی‌هایی دارید؟» «برای مراقبت از بیمار در منزل از چه می‌ترسید؟»
محیط	منزل را بررسی کنید آیا عاملی وجود دارد که مانع از انجام فعالیت شود؟ (مثل صندلی چرخدار یا واکر) آیا وسایل کمکی در حمام وجود دارد؟ آیا آب داغ، گرما و فضای کافی در دسترس است؟ جامعه را بررسی کنید. جامعه شهری است یا روستایی؟ آیا مرکز بهداشتی قابل دسترس وجود دارد؟ آیا وسیله نقلیه وجود دارد؟ آیا خطرات شناخته شده‌ای در محیط وجود دارد؟
مسائل مالی و منابع حمایتی	درمورد هزینهٔ مراقبت‌های تجویزشده، شامل وسایل پانسمان، داروها، رژیم غذایی مخصوص و تجهیزات صحبت کنید. در مورد منابع قابل دسترس شامل مراکز داروئی، مراکز مراقبت و سرویسهای خدماتی در منزل بحث کنید. در صورتی که بیمار تنها زندگی می‌کند، سرویسهای حمایتی و منابعی که می‌توانند به بیمار کمک کنند شامل دوستان، گروههای کلیسا و گروههای مخصوص حمایت از بیمار که مناسب با سن بیمار و نیازهای مراقبت بهداشتی او باشد، صحبت نمائید.

نمونه‌هایی از تشخیص‌های پرستاری NANDA — ترخیص از مرکز مراقبت بهداشتی

تشخیص‌های پرستاری	عوامل مربوطه
اضطراب	در رابطه با نتایج نامعلوم درمان سرطان پستان با رادیوتراپی
خطر محدودیت در نقش مراقبت دهنده	مراقبت از همسر ۷۵ ساله با زوال عقل در نتیجهٔ بیماری آلزایمر
عدم آمادگی برای تطابق	مربوط به ملاقات گروه حمایتی و استرسورهای کلامی به عنوان اداره کننده
تأخیر در بهبودی جراحی	عفونت از زخم بزرگ شکمی و نیاز به کمک جهت مراقبت کامل از خود
عدم آمادگی برای رژیم درمانی	توضیح در مورد تعویض پانسمان و صحبت کردن در اداره بهبودی و پیشگیری از عوارض

اولین ملاقات با پزشک یا مؤسسه مربوطه اغلب قبل از ترخیص تعیین می‌شود. خواه این ملاقاتها صورت بپذیرد یا نه، بیمار و خانوادهٔ وی باید بدانند که چگونه می‌توان با افرادی که مسئول پیگیری مراقبت‌ها هستند تماس گرفت و یا در صورت داشتن سؤال یا مشکل چه کسی پاسخگوی آنها خواهد بود. اطلاعات در زمینه مراجع معرفی شده باید با در نظر گرفتن وضعیت اقتصادی بیمار، دسترسی به وسایل حمل و نقل، سیستمهای حمایتی و محیط خانه ارایه گردد.

تمام جنبه‌های بیماری یا اثرات درمان باید بصورت شفاهی و کتبی به وضوح توضیح داده شود. منابع اطلاعاتی قابل دسترس به صورت نوشته مانند بروشورهای چاپ شده (نظیر بروشورهای انجمن قلب امریکا) تا موضوعات آموزشی تدوین شده توسط تسهیلات بهداشتی درمانی بصورت گسترده باید به بیمار داده شود (شکل ۵ـ۹). بیمار باید قادر باشد تا در رابطه با اثرات جسمی و روحی قابل انتقال بیماری صحبت کند همچنین شرح دهد که برای دستیابی به بالاترین سطح سلامت چه باید انجام دهد.

تمامی آموزشهای ارایه شده باید در گزارش مربوط به بیمار و خلاصه‌ای از برنامهٔ ترخیص ثبت شود. اجرای روشهای مراقبتی توسط بیمار یا اعضای خانوادهٔ وی باید در حد رضایت‌بخش باشد به بیمار و مراقبین وی باید تجهیزات را که در خانه مورد استفاده قرار خواهند گرفت، نشان داده و عملاً با آنها به تمرین پرداخت.

به عقب برگردید به جنیفر لنر فکر کنید. خانم جوانی که پس از جراحی باید ترخیص شود. پرستار باید در مورد داروهای ضد تشنج تجویز شده، مراقبت از زخم یا تعویض پانسمان متعاقب جراحی، تغذیه و سطح فعالیت و محدودیت‌های وی آموزش‌های لازم را داده و با جراح و پزشک عمومی وی پیگیری نماید.

ارجاع برای مراقبت در منزل

برای ملاقاتهای مراقبت در منزل هزینه باید پرداخت شود، بنابراین باید دستور کتبی از پزشک معالج برای تمامی سرویسهای خدماتی تهیه شود تا مسئله هزینه ملاقاتهای بعدی انجام شده در خانه برطرف گردد. تا آنجا که ممکن است باید اطلاعات بیشتری پیرامون بیمار در اختیار مؤسسات خدمات مراقبتی در خانه قرار گیرد. این اطلاعات شامل: نوع جراحی یا آسیب‌دیدگی، داروهای تجویز شده، وضعیت جسمی و روانی بیمار، عوامل اجتماعی قابل اهمیت (نظیر نبود فرد مراقبت کننده یا ضعف وی در قبال مشکلات مربوط به سلامتی) و نیازهای قابل پیش بینی خانواده باشد.

ارزشیابی میزان اثر بخشی برنامه ترخیص

ارزشیابی برنامه ترخیص برای اطمینان از نتیجه بخش بودن آن، امری بسیار مهم به شمار می‌آید. برای اطمینان از کیفیت و مناسب بودن سرویس‌های خدماتی، باید برنامه‌ریزی و ارجاع به دقت مورد بررسی قرار گیرند. ارزشیابی به طور مداوم صورت می‌گیرد و برنامه‌های مراقبتی ممکن است نیاز به تغییر پیدا کنند. ارزشیابی بیشتر در رابطه با فرایند ترخیص، معمولاً چند هفته پس از بازگشت بیمار به خانه انجام می‌گیرد. این ارزشیابی از طریق تماس تلفنی، پرسشنامه یا ملاقات در منزل صورت می‌پذیرد.

ترک بیمارستان علیه توصیه‌های پزشکی

گاهی اوقات بیمار ممکن است برخلاف توصیه‌های پزشکی، تصمیم به ترک بیمارستان بگیرد (AMA). اگرچه بیمار قانوناً برای انجام چنین عملی آزاد است، اما این انتخاب خطر تشدید بیماری یا عوارض آن را به دنبال دارد. بیماری که قصد دارد بیمارستان را ترک کند، باید فرمی امضاء نماید که مطابق با آن پزشک و مؤسسه بهداشتی درمانی هیچگونه مسئولیت قانونی در قبال وضعیت سلامت فرد نخواهند داشت. قبل از امضای فرم، بیمار از بروز هرگونه خطر احتمالی مطلع می‌گردد. امضای بیمار باید تأیید شود. سپس فرم به عنوان بخشی از پروندهٔ بیمار ثبت می‌گردد.

■ توسعه مهارتهای تفکر انتقادی

۱ـ با یکی از همکلاسیها یا اعضای خانوادهٔ خود که در بیمارستان پذیرش شده‌اند، مصاحبه کنید. چه نگرانیهایی هنگام پذیرش داشته‌اند؟ چه تفاوتی ما بین این نگرانیها و نگرانیهای موجود حین ترخیص وجود دارد؟

۲ـ به مقایسه تفاوت و تشابه نیازهای این بیماران و خانواده‌های آنان بپردازید:

- یک کودک ۲ ساله که برای انجام جراحی کوچک در مرکز جراحیهای سرپایی پذیرش شده است.
- خانمی ۳۴ ساله که پس از درمان شکستگی دست در اتاق اورژانس، ترخیص شده و به خانه باز می‌گردد.
- خانمی ۵۰ ساله که برای اطلاع از نتایج ماموگرافی به درمانگاه بازگشته است.
- مردی ۷۸ ساله که از بیمارستان به آسایشگاه سالمندان انتقال یافته است.



■ تمرین برای NCLEX

۱ـ جین وی پرستار فارغ التحصیل در بیمارستان بزرگ متروپلی‌تان طراح برنامه ترخیص می‌باشد، برای اطمینان از ادامه مراقبت بیمارانی که از مراقبت حاد به مراقبت در منزل انتقال می‌یابند چه کاری باید انجام دهد؟

الف) بررسی و شناخت سلامتی در پذیرش بیمار

ب) در انتقال بیمار به ICU شرکت نماید.

ج) بیمار به آژانسهای مناسب ارجاع دهد.

د) رضایت بیمار را با سرویسهای خدماتی به ثبت برساند.

۲ـ کدامیک از عبارتهای زیر بهترین تعریف فلسفهٔ مراقبت جامعه‌نگر است؟

الف) توجه به نیازهای مراقبت بهداشتی جامعه به طور کامل می‌باشد.

ب) بر نیازهای افراد مبتلا به بیماری حاد و مزمن و خانواده آنها تمرکز دارد.

ج) با تأکید بر پیشگیری از بیماری بر کل جمعیت تمرکز دارد.
د) برای نقشهای پرستار در مرکز مراقبت حاد به طور مستقیم تدارک می‌بینند.

۳ـ زمانی که بیمار پذیرش می‌شود، پرستار بعضی فعالیتها را که مناسب باشد به سایر کارکنان ممکن است واگذار نماید. کدامیک از فعالیتهای زیر مناسب برای واگذاری به افراد غیر حرفه‌ای است؟

الف) برای گرفتن تاریخچه سلامتی اطلاعات جمع‌آوری شود.
ب) بررسی و شناخت جسمی انجام شود.
ج) برای دستورات طبی با پزشک تماس گرفته شود.
د) تجهیزات مورد نیاز جمع‌آوری گردد و تخت آماده شود.

۴ـ براساس فعالیت بیمه بهداشتی قابل انتقال و محاسبه (HIPAA) بیماری که جهت تسهیلات مراقبت بهداشتی پذیرش می‌شود باید توضیحات کتبی از وی تهیه شود که شامل:

الف) آدرس و نام افراد مسئول
ب) مبلغ مورد پرداخت صحیح بیمار
ج) چطور اطلاعات سلامتی را واضح و استفاده می‌کنند.
د) چطور اعضای خانواده یا دوستان ممکن است ملاقات شوند.

۵ـ بیماری که از ICU به اتاق معمولی بیمارستان منتقل می‌شود پرستار چه آمادگی برای این انتقال باید انجام دهد؟

الف) گزارش شفاهی به پرستار واحد جدید
ب) تهیه گزارش کتبی برای منشی واحد
ج) تفویض مسئولیت برای تهیه اطلاعات
د) تهیه کپی از پروندهٔ طبی بیمار

۶ـ برنامه ترخیص در چه دوره‌ای از اقامت بیمار در بیمارستان باید شروع شود؟

الف) بعد از جراحی و موفقیت در بهبودی
ب) بعد از این که اضطراب بیمار کم شد
ج) بلافاصله قبل از ترخیص
د) هنگام پذیرش در مرکز مراقبت حاد

۷ـ کدامیک از سؤالات و بیان موارد زیر برای برنامه ترخیص بیماری که جراحی شکمی بزرگی شده است مناسب می‌باشد؟

الف) «خوشحالم که شما در منزل و روی تخت خودتان باشید.»
ب) «برای بهبودی از جراحی چه انتظاراتی دارید؟»
ج) «مطمئن باشید که داروهای درد می‌گیرید پانسمان شما تعویض می‌شود.»
د) «شما کاملاً خوب می‌شوید! لطفاً نگران نباشید.»

۸ـ زمانی که بیماری علیه معالجات طبی تصمیم می‌گیرد که بیمارستان را ترک کند چه فرمی را باید امضاء کند و هدف از این فرم چیست؟

الف) نشانگر تقاضای بیمار است.
ب) استفاده برای پذیرش مجدد بیمار
ج) عدم مسئولیت قانونی پزشک و بیمارستان در مورد وضعیت سلامتی بیمار
د) نشان‌دهنده مسئولیت اخلاقی بیمار در مورد مراقبت و درمان از خودش می‌باشد.

پاسخنامه با دلایل

۱ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است.** ارجاع مناسب است برای بیمار که از مرکز مراقبت حاد به منزل می‌رود و از اجزاء اساسی برنامه‌ریزی ترخیص برای تداوم مراقبت است.

۲ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «ب» است.** مراکز مراقبت جامعه‌نگر بر روی افراد خانواده‌ها که نیازهای حاد و مزمن مراقبت بهداشتی دارند متمرکز می‌باشد.

۳ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «د» است.** پرستار باید آماده نمودن تخت و جمع‌آوری تجهیزات را به کارکنان غیر حرفه‌ای واگذار نماید، اما سایر فعالیتهای فهرست‌بندی شده را انجام دهد.

۴ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است.** HIPAA اطلاعات را به طور خصوصی روشن و استفاده می‌کند.

۵ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «الف» است.** پرستار ICU گزارش شفاهی در مورد وضعیت بیمار و نیازهای مراقبتی او به پرستار واحد جدید می‌دهد.

۶ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «د» است.** برنامه‌ریزی مؤثر ترخیص در هنگام پذیرش شروع می‌شود.

۷ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «ب» است.** انتظارات بیمار و خانواده‌اش مهم است که بررسی شود و به هنگام بررسی نیازهای مراقبت بهداشتی برای برنامه ترخیص بررسی می‌شود.

۸ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است.** بیماری که علیه اقدامات پزشکی بیمارستان را ترک می‌کند، به منظور رفع مسئولیت قانونی پزشک و بیمارستان باید فرم مخصوص را امضاء کند، این امضاء فرم قسمتی از پروندهٔ بیمار می‌شود.

فصل ۱۱

مهارتهای ترکیبی و تفکر انتقادی در فرآیند پرستاری

کیانوش نیرومند زنری



شارلت هوروث یک مادر تنها است که با دختر ۵ ساله‌اش از بیمارستان مرخص شده است. خانم هوروث آموخته است که چگونه از زخم دخترش در منزل مراقبت به عمل آورد ولیکن او تمامی جلسات برنامه‌ریزی شده آموزشی را که تاکنون تشکیل شده است را فراموش کرده است.



آوی وارنر یک زن پیر آمریکایی آفریقایی تبار می‌باشد که از حادثه عروقی ـ مغزی (CVA) رنج می‌برد. او اخیراً در بخش اعصاب مراقبت می‌شود. بیمار مرتباً زنگ می‌زند و پرستار استاف بخش را صدا زده و وی را درگیر می‌نماید.



جرمین پیرمرد ۵۸ ساله‌ای است که بعد از عمل جراحی عروق بر روی شریان فمورال به بخش جراحی داخلی منتقل شده و بررسی نبضهای پایین‌تر از موضع عمل جهت کنترل کفایت گردش خون دستور داده شده است اما در هنگام بررسی بیمار نبض تیبیای خلفی لمس نشده است.

❖ تمرکز بر مهارتهای ترکیبی

شما جهت پاسخگویی به سناریوهای مطرح شده به انواع مهارتهای ترکیبی زیر نیاز دارید.

مهارتهای شناختی

- آگاهی از دانش پرستاری جهت مراقبت از زخم، ارزیابی نبض و حادثه عروقی مغزی
- توانایی ادغام کردن دانش، ارزیابی و شناخت، تشخیص و سپس برنامه‌ریزی، اجراء و ارزشیابی مراقبت‌های پرستاری در ارتباط با این که چطور از بیماران با نیازهای مختلف مراقبت شود. مانند آموزش به بیمار، مراقبت پس از عمل جراحی و کمک و پرستاری در بیمار مبتلا به حادثه عروقی مغزی پرستاری.
- آگاهی از اصول آموزش و یادگیری شامل فاکتورهای مؤثر بر آموزش و یادگیری و پذیرش طرحهای مربوطه
- آگاهی از اولویتهای مراقبت پس از عمل جراحی شامل تکنیکهای بررسی و شناخت
- توانایی اثبات درک نیازهای یک بیمار پس از حادثه عروق مغزی و طراحی مراقبت‌های پرستاری با توجه به نیازهای مذکور
- آگاهی از روش برقراری ارتباط بین پرستار و بیمار

مهارتهای تکنیکی

- توانایی استفاده از تکنیکهای ضروری پرستاری در اجراء طرحهای مراقبتی به روشی ایمن و مؤثر برای بیمارانی که نیازهای آموزشی، ارزیابی پس از عمل جراحی و کمک پس از حادثه عروقی و مغزی دارند.
- برخورداری از مهارت زیاد در بررسی و معاینات فیزیکی جهت تعیین نیازهای بیماران مانند دلایل عدم دستیابی بیمار به اهداف جلسات آموزشی طراحی شده، فقدان نبض (اختلال واقعی در نبض یا فقدان مهارتی) و تکرار استفاده از زنگ اخبار توسط بیمار.
- آگاهی از محدودیت‌های فردی در هنگام انجام پروسیجرهای جدید و تعبیر و تفسیر یافته‌های به دست آمده و توانایی کمک خواستن از دیگر پرسنل در این زمینه.

مهارتهای برقراری ارتباط بین فردی

- توانایی تثبیت اعتماد در ارتباط حرفه‌ای با بیماران آسیب‌پذیر در مدت زندگی حرفه‌ای
- توانایی مشاوره با خانمی که در دریافت اطلاعات و مراقبت از دخترش در منزل دچار مشکل و چالش در این زمینه است.
- توانایی برقراری ارتباط و انجام اعمالی مؤثر بر روی بیمارانی که نیازهای متفاوتی دارند مانند: مادری تنها بودن، بیماری با نیازهای بعد از جراحی و خانم پیری که از حادثه عروق و مغزی رنج می‌برد.
- توانایی احترام گذاشتن به شأن و منزلت انسانی در هنگام مراقبت پرستاری از بیمار.

مهارتهای اخلاقی و قانونی

- توانایی و میل به تسلط یافتن بر دانش و مهارتهای مورد لزوم برای مراقبت همه جانبه و مؤثر و ایمن جهت برطرف کردن نیازهای بیماران و اقوام آنها
- نشان دادن احساس مسئولیت و وظیفه‌شناسی حرفه‌ای برای سلامتی و رفاه بیماران در مراحل مختلف رشد و تکامل با نیازهای متفاوت.
- توانایی در ادغام دانش، اصول اخلاقی و خط مشی‌های قانونی در انجام مراقبتی ایمن.
- توانایی انجام اعمال پرستاری با روش قانونی و اخلاقی با توجه به اصول مدون در خدمات پرستاری
- تعهد نسبت به مراقبت ایمن و با کیفیت از بیماران شامل توانایی در گزارش فوری مشکلات موقعیتی
- توانایی کسب اعتماد بیمار به شکل مؤثر و دفاع از حقوق بیماران نیازمند.

❖ برآیندهای یادگیری

پس از مطالعهٔ این فصل، فراگیر باید قادر به انجام موارد زیر باشد:

۱ـ تاریخچهٔ شکل‌گیری تدریجی فرآیند پرستاری را توصیف نماید.
۲ـ فرآیند پرستاری و هر کدام از ۵ مرحله را توصیف نماید.
۳ـ خصایص ۵ گانه فرآیند پرستاری را لیست نماید.
۴ـ منافع سه گانه اجراء صحیح فرآیند پرستاری را برای بیماران و پرستاران لیست نماید.
۵ـ چهار مهارت ترکیبی ضروری برای مراقبت‌های پرستاری را توصیف نماید.
۶ـ در هنگام قضاوتهای بالینی و تصمیم‌گیری از مدل تفکر انتقادی استفاده نماید.
۷ـ چهار عادتی را که به توسعه مهارتهای تکنیکی کمک می‌نماید را تعیین کند.
۸ـ طرح پرسنلی را جهت توسعه مهارتهای ضروری بین پرسنلی

برای مراقبت با کیفیت مناسب توصیف نماید.
۹ـ ارتباط بین حس مسئولیت و خوب بودن بیماران را توضیح دهد.
۱۰ـ نقاط قوت و ضعف پرسنلی را در دانش و مهارت‌های ضروری پرستاری مشخص نماید.

واژه‌های کلیدی

● ارزیابی	Assess	● مهارتهای شناختی	Cognitively skilled
● شاخصهای تفکر انتقادی	critical thinking indicators	● مهارتهای اخلاقی و قانونی	ethically and legally skilled
● ارزشیابی	evaluate	● اهداف قابل انتظار	expected outcomes
● اجرا	implement	● مهارتهای بین فردی	interpersonally skilled
● تفکر شهودی	intuitive thinking	● تشخیصهای پرستاری	nursing diagnoses
● فرآیند پرستاری	nursing process	● برنامه ـ طرح	plan
● حل مسئله علمی	scientific problem solving	● استانداردهای تفکر انتقادی	standards for critical thinking
● مهارت تکنیکی	technically skilled	● روش آزمون و خطا در حل مسئله	trial-and-error problem

از زمانهای دور پرستاران ایجاد آسایش و راحتی را برای افراد ناخوش مایهٔ افتخار خودشان می‌دانستند و وظایفی مانند پانسمان کردن زخمها، تجویز داروها و حمام و تغذیه کردن و نقل و انتقال بیماران را با دقت کافی اجراء می‌کردند.

بیشتر این وظایف توسط پزشک توصیه می‌شود و تعداد کمی از پرستاران در گذشته جهت کسب استقلال بیشتر بر پایه علمی یا خلاقیت خودکارهایشان را مشخص می‌کردند. اما همان طوری که اجتماع و سیستمهای ارایه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی تغییر یافته‌اند، پرستاری نیز تغییر یافته است. امروزه پرستاران با افرادسالم و بیمار در مؤسسات رسمی و غیررسمی بطور خصوصی کار می‌کنند. علاوه بر نقش مراقبت دهنده پرستاران نقش‌های اختصاصی دیگری را نیز به عنوان مدیر[1] در تیمهای مراقبتی، هماهنگ کننده[2]، معلم، مشاور، وکیل مدافع و محقق دارند.

پرستاران در مقابل ابعاد بی‌نظیر تیمهای مراقبتی و درمانی از قبیل تشخیص و درمان واکنشهای حاد یا مشکلات سلامتی بالقوه انسانی مسئولیت دارند (انجمن پرستاران آمریکا ۱۹۸۰). همچنین پرستاران افرادی با اطلاع، صالح و مستقل بوده که با دیگر اعضاء حرفه‌ای تیم مراقبتی بهداشتی در زمینه طراحی و ارایه خدمات مراقبتی جامع و کامل همکاری دارند. همانطوری که مراقبت‌های پرستاری پیچیده‌تر و جامع‌تر می‌شود پرستاران پیرامون درک بهتر و بهبود مراقبت توسط فرآیند پرستاری و دستیابی به اهداف حرفه‌ای مطالعه بیشتر می‌کنند (به اعمال متفکرانه ضمیمه که مثالی برای این فرآیند است توجه نمایید). در این راستا نیاز به توجه بیشتر به تغییرات همیشگی در مهارتهای ترکیبی فرآیند و استفاده مؤثر و ایمن از فرآیند پرستاری احساس می‌شود.

فرآیند پرستاری[3]

تاریخچه

از سال ۱۹۵۵ هال[4] برای اولین بار از واژه فرآیند پرستاری استفاده نمود. بیشتر پرستاران تلاش کردند تا از ساختار کار پرستاری و آنچه که سبب موفقیت در پرستاری می‌شود تعریف دقیقی داشته باشند.

از سال ۱۹۶۰ تئوریسین‌های پرستاری، پرستاری را به عنوان وجود تمایزی در بین افراد حرفه‌ای تیم مراقبت و درمان توصیف نموده و پرستاران را به عنوان طراح مراحل اختصاصی فرآیند جهت انجام اعمال پرستاری در نظر گرفته‌اند.

در سال ۱۹۶۷ یورا و والش[5] اولین کتاب فرآیند پرستاری را منتشر کردند و چهار مرحله را در فرآیند پرستاری مشخص نمودند که شامل بررسی و شناخت، برنامه‌ریزی، اجراء و ارزشیابی بود. آنها عامل تشخیص‌های پرستاری را نتیجه‌ای منطقی از مرحله ارزیابی و شناخت در نظر گرفتند در صورتی که جبی و لاوین[6] (۱۹۷۴) تشخیص‌های پرستاری را یک مرحله مجزا در فرآیند پرستاری قلمداد نمودند. این مطالعات و مطالعات دیگر منجر به توسعه و تکامل فرآیند پرستاری به پنج مرحله گردید که عموماً امروزه از آن استفاده می‌شود و شامل مراحل: ارزیابی و شناخت، تشخیص، برنامه‌ریزی اجرا و ارزشیابی می‌باشد.

1- care managers
2- coordinator
3- Nursing process
4- Hall
5- Yura and Walsh
6- Gebbie and Lavin

اعمال متفکرانه ـ چالش مهارتهای اخلاقی و قانونی

من اخیراً زمان کارم را به عنوان پرستار اطفال گذراندهام. شغل من مراقبتهای بالینی اساسی را برای بیماران مهیا می‌نماید. مانند حمام دادن در تخت، کمک به صرف غذا و تعویض ملحفه و... یکی از دقیق‌ترین قسمتهای شغل مرا قادر می‌سازد تا زمان بیشتری را با بیمارم سپری کنم با بیمارانم صحبت نمایم و آنها را به خوبی بشناسم و روزهای مختلف آنها را با امیدواری و به شکل مثبت پر نمایم. یک روز در حالی که در بخش نورولوژی راند می‌کردم خانم آدی‌وارنر پیرزن آفریقایی آمریکایی تبار را دیدم که از حادثه عروق مغزی رنج می‌برد. بخاطر آن چیزی که در آن روز اتفاق افتاده بود من برای مراقبت از وی تا پایان روز مسئول شدم. آن روز صبح هنگامی که وارد بخش شدم پرستاران به من گفتند که درد خانم وارنر چه بوده و توصیف کردند که چطور او مرتباً پرستاران را برای کمک به اتاق خود فرا می‌خوانده و با توقع زیاد خواستار انجام این کار و آن کار می‌شده است. آنها به من گفتند که بایستی او را نادیده بگیرم و نیازی نیست به حرفهایش گوش دهم.

من در آن زمان به شدت ترسیدم چون خیلی زود در معرض انجام کار قرار می‌گرفتم هنوز گزارش پرستار تمام نشده بود پرستار دیگری که در بیرون در اتاق او ایستاده بود با صدایی آزارنده از بیمار خواست تمکین نماید. بزودی من در کنار او بودم و در اتاق وی زمانی که وقت داشتم به خود گفتم چگونه می‌توانم به او کمک نمایم خانم وارنر نیاز به حمام دستشویی داشت. ولی تلاش وی برای جلب نظر فردی موفقیت‌آمیز نبوده و متأسفانه مدت طولانی پرستاری به اندازه کافی با وی صحبت نکرده بود تا نیازهای وی را بر اساس اولویت طبقه‌بندی نماید. سرانجام وی بستر و خودش را آلوده به ادرار کرده، به همین جهت وی به شدت عصبانی شده، از کوره در رفته و خود را به دلیل این مسئله خوار دانسته و باعث ناراحتی وی شده بود. من اعمالم را برای کمک به او با توجه به مشکل جاری شروع کردم و به مرور او را با نظم و دقت بررسی کردم و وی آرام شد و مطمئن گردید که در بقیه نوبت کاری نیز به تمامی نیازهای خانم وارنر توجه خواهد شد و این نیازها برطرف می‌گردد.

تفکر خارج از این محدوده: احتمال انجام اعمال مختلف

- به پرستارانی که آگاه نیستند گوش کرده بدون ترس از توبیخ شدن توسط آنها یا بدون خودپسندی نیازهای بیمار مانند افراد دیگر برآورده شود.
- از پرستاری بخواهم با من به اتاق بیمار آمده و نیازهای بیمار را تعیین نموده و کمک نماید تا علیرغم شبیه نبودن نیازها و فقدان طرح مناسب مشکلات و نیازهای وی برطرف گردد.
- خودتان به تنهایی به اتاق بیمار بروید، نیازهای او را برای دادن پیشنهادی ساده به پرستاران دیگر بررسی نمایید و سپس هر کاری را برای رسیدن به اهداف او انجام ندهید.
- خودتان به تنهایی وارد اتاق شوید نیازهای او را بررسی نموده وی را مطمئن نمایید که تمام سعی و تلاش خود را جهت دستیابی به اهداف و برطرف کردن نیازهای وی به عنوان یک پرستار در دسترس بعمل خواهید آورد.
- خودتان به تنهایی وارد اتاق بیمار شوید نیازهای او را بررسی نموده و به وی بگویید زمانی که وقت کافی داشتید نیازهای بیمار را برطرف خواهید کرد.
- به تنهایی به اتاق بیمار رفته نیازهای وی را ارزیابی نموده و به او اطمینان دهید که مرحله به مرحله نیازهای وی را در تمام مدت شیفت کاری برطرف خواهید کرد.
- به بیمار بگویید برطرف کردن نیازهای شما کار من نیست اما پرستاران دیگر را تشویق خواهم کرد جهت ارزیابی و برطرف کردن نیازهای شما به اتاقتان بیایند.

ارزشیابی برآیندهای مورد انتظار خوب: چطور به موفقیت برسیم؟

- بیمار به ارزیابی و برطرف کردن نیازهایش توسط افراد حرفه‌ای فارغ‌التحصیل نیاز دارد.
- بیمار به چیزی که می‌شنود و احترام می‌گذارد عمل می‌کند.
- من احساس اعتماد به نفس می‌کنم و احساس می‌کنم که از مهارتهای حرفه‌ای مراقبت از بیمار جهت حل مشکلات وی و ایجاد موقعیتی مناسب استفاده می‌نمایم.
- شأن انسانی، خوب بودن و نیازهای خاص فرد توسط هر فردی که جهت مراقبت با او تماس حاصل می‌کند بایستی رعایت شود.
- بیمار برای من و پرستار یک تعهد است.
- بیمار احساس می‌کند که برای من و پرستار تعهدی اولیه است.
- حمایت و حفاظت از سلامتی، ایمنی و حقوق بیمار و ارتقاء این عوامل

یادگیری شخصی:

درست هنگامی که شیفت کاری را شروع کردم به اتاق خانم وارنر رفتم تا ببینم مشکل او چیست. او به من گفت که مجبور بوده طی ۲ ساعت گذشته به دستشویی برود اما فردی نبوده که به وی کمک نماید تا نیازش را برطرف نماید. در نتیجه او خودش را در بسترش خیس کرده بود. من فوراً به وی کمک کردم و او را از تخت خارج و به صندلی چرخدار منتقل کردم. به او صابون و آب و حوله دادم تا خودش را بشوید و ملحفه‌هایش نیز تعویض شد من از او پرسیدم که امروز صبح چه اتفاقی افتاده بود و احساس او را ارزشیابی کردم. من به او کمک کردم حمام برود، راست روی صندلی چرخدار بنشیند، ناهارش را بخورد. اگرچه بیشتر قسمتهای بدن او می‌توانست کار خود را انجام دهد اما سمت چپ بدنش ضعیف باقی مانده و به مقداری کمک نیاز داشت.

انعکاس:

شما فکر می‌کنید در موقعیتی مشابه چگونه عمل می‌نمایید؟ چرا؟ به خودتان درباره کفایت مهارتهای حرفه‌ای چه خواهید گفت؟ درباره واکنشهای دیگر چگونه فکر می‌کنید؟ چه مهارتهای (شناختی، بین فردی، تکنیکی، اخلاقی و قانونی) برای واکنش خوب به چنین موقعیتی نیاز دارید. به عنوان دانشجو چه واکنشی بایستی نشان دهید؟ چرا؟

در سال ۱۹۷۳ مراحل فرآیند پرستاری به طور کامل شکل گرفت. در همان زمان انجمن پرستاران آمریکا، استانداردهای اعمال پرستاری را توسعه و به عنوان یک راهنما جهت انجام اعمال پرستاری در نظر گرفت. در سال ۱۹۹۱ این استانداردها مورد تجدید نظر قرار گرفت که در فصل ۱ به آنها اشاره شده است. در آخرین استانداردهای اعمال پرستاری که منتشر شده است انجمن پرستاران آمریکا ۶ مرحلهٔ جداگانه فرآیند پرستاری را لیست نموده است: ارزیابی و شناخت، تشخیص، تعیین اهداف، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی.

اگرچه انجمن پرستاران آمریکا به ۶ مرحله مجزای فرآیند پرستاری اشاره می‌نماید، بیشتر مراقبین هنوز غالباً به ۵ مرحله در فرآیند پرستاری اشاره می‌نمایند که اهداف و برنامه‌ریزی در یک مرحله ترکیب شده است. در این کتاب به ۵ مرحله فرآیند پرستاری اشاره شده است. انجمن پرستاران کانادا (۱۹۸۷) در بیانیه‌ای اشاره می‌نماید که اعمال پرستاری نیازمند استفاده مؤثر از فرآیند پرستاری می‌باشد.

استانداردهای اعمال پرستاری خیلی سریع سبب اصلاح اعمال پرستاری در بیشتر ایالتها گردید. اخذ اعتبارنامه از سازمان بهداشتی و مراقبتی نیاز به ثبت مراقبتها بر اساس فرآیند پرستاری به عنوان فرآیندی منطقی مشخص شده است. در سال ۱۹۸۲ امتحانات سراسری برای اعمال حرفه‌ای پرستاری به طور چشمگیری اصلاح شد و فرآیند پرستاری به عنوان یک مفهوم سازمان یافته مورد استفاده قرار گرفت. اصلاح ساختار آزمون جهت آزمایش توانایی شرکت کنندگان در ارزیابی بیماران، تشخیص مشکلات سلامتی و برنامه‌ریزی و ارزشیابی مراقبت‌های پرستاری صورت گرفت.

محتوی امتحانات قبلی بر اساس الگوی طبی سازماندهی شده بود و ساختار آن منطبق با طب تخصصی، طب داخلی، جراحی، مراقبت دوران بارداری، کودکان و معالجه بیماریهای روانی بود.

توصیف فرآیند پرستاری

فرآیند پرستاری یک روش سیستماتیک بوده که مستقیماً پرستار و بیمار با همکاری یکدیگر به اهداف زیر دست می‌یابند:

۱ـ ارزیابی بیمار جهت تعیین نیازهای وی در مراقبت پرستاری
۲ـ تعیین تشخیص‌های پرستاری
۳ـ طرح‌های مراقبتی
۴ـ اجراء مراقبت‌ها
۵ـ ارزشیابی نتایج

مراحل در این فرآیند بیمار محور و بر اساس اهداف بوده که با یکدیگر در ارتباط هستند هر پنج مرحله با مرحله قبلی ارتباط مستقیم دارد.

فرآیند چهارچوبی را برای بیمار و پرستار مهیا می‌نماید که آنها را قادر می‌سازد تا به اهداف زیر دسترسی پیدا کنند:

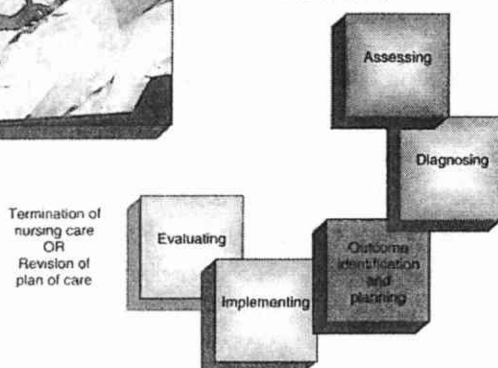
- جمع‌آوری سیستماتیک اطلاعات از بیمار (ارزیابی)
- تعیین واضح توانایی‌ها و مشکلات بیمار (تشخیص)
- توسعه یک طرح جامع مراقبتی فردی که اختصاصاً بر اساس اهداف و انتظارات بیمار طراحی شده و مداخلات پرستاری جهت کمک به دستیابی بیشتر بیمار به انتظارات و اهداف مورد انتظار (برنامه‌ریزی) را مهیا می‌نماید.
- اجراء طرح مراقبتی (اجراء)
- ارزشیابی تأثیر طرح‌های مراقبتی توسط بررسی چگونگی دستیابی به اهداف بیمار (ارزشیابی)

پنج مرحله فرآیند پرستاری در شکل ۱ـ۱۱ نشان داده شده است. در جدول ۱ـ۱۱ توصیف شده است در هر مرحله از فرآیند پرستار و بیمار به عنوان یک شریک با یکدیگر کار می‌کنند. شکل ۲ـ۱۱ بیان کننده وضعیت سلامتی بیماران و منابع تأثیرگذار بر روی سطح سلامتی فردی باشد. هنگامی که بیمار یک نوزاد بیهوش و یا فردی است که همکاری ندارد مراحل فرآیند با استفاده از افراد فامیل و یا افرادی که فرد را حمایت می‌نمایند به اجراء گذاشته می‌شود. پرستاران و بیماران به عنوان شریک با یکدیگر کار می‌کنند تا به اهداف زیر برسند.

- ترفیع سلامتی
- پیشگیری از بیماری، ناخوشی
- نگهداری سلامتی
- تسهیل در تطابق یا تغییر در عملکردها

آوی وارنر بیمار پیری که از حادثه عروقی مغزی رنج می‌برد را در نظر بگیرید و توجه داشته باشید که مشغله زیادی برای پرسنل ایجاد نمود. پرستار از چارچوب ذکر شده در فرآیند پرستاری جهت مشخص نمودن مشکلاتِ فعلی بیمار استفاده می‌نماید تا دلیل به صدا درآمدن زیاد زنگ اخبار مشخص گردد. بوسیله گردآوری اطلاعات سیستماتیک نقاط قوت و نیازهای بیمار مشخص می‌گردد با سرعت برنامه‌ای برای برطرف کردن این نیازها توسعه می‌یابد و اجرا می‌شود و سپس برنامه‌های مؤثر مشخص می‌گردد در نتیجه پرستار مراقبتی مؤثر، با کیفیت بالا و ایمن جهت مددجو مهیا می‌نماید.





شکل ۱ـ۱۱. پنج مرحله فرآیند پرستاری

روند فرآیند پرستاری

گرچه ممکن است پرستاران با تجربه در ارتباط با طرحهای تفصیلی مراقبت فردی بصورت دست نوشته وقایعی را بیان نمایند اما امروزه تمایل به سمت رایانه‌ای شدن اطلاعات در فرآیند پرستاری وجود دارد. پرستاران به سادگی اطلاعات پایهٔ مورد لزوم جهت طراحی مراقبتی، برنامه‌ریزی و ثبت گزارش را از طریق سیستم مرکزی رایانه‌ای و یا رایانه‌های کنار تخت بیمار به دست می‌آورند. راهکارهای ویژه[1] (به فصل ۱۴ توجه کنید) که اهداف قابل انتظار برای ناخوشی‌های اختصاصی، اعمال مهارتی یا شرایط و عملکرد پرسنل در زمان مخصوص را مشخص نموده و استانداردها و راهنمایی‌های لازم را جهت ارایه خدمات مراقبتی در بیشتر مؤسسه‌های مراقبتی بهداشتی مهیا نموده است. تسهیل این امر تلاشهای ملی در جهت توسعه علم و دانش پرستاری و ایجاد زبان استاندارد پرستاری را موفق می‌نماید (به جدول ۲ـ۱۱ توجه کنید).

این کار در فصلهای بعدی تشخیص، برنامه‌ریزی و اجرا توصیف می‌شود. دو رساله آخر بیل استون درعلوم پرستاری زبان پرستاری را همسان کرده است. هماهنگ‌سازی انجمن‌های ملی و بین‌المللی پرستاری و ایجاد سیستمهای اطلاعات بالینی از این قبیل است (مک کلوسکی و جونز[2]، ۲۰۰۳) یک چهارچوب برای دستیابی به این دیدگاه استفاده روزمره از سیستمهای اطلاعات بالینی است (انجمن پرسنل پرستاری و انجمن انفورماتیک طب آمریکا، ۲۰۰۲).

خصوصیات ویژه فرآیند پرستاری

تاکنون از کلمات و عبارات متنوعی جهت توصیف فرآیند پرستاری استفاده شده است. لغات کلیدی توصیف کننده فرآیند شامل لغات زیر است:

سیستماتیک، پویایی، بین فردی، آگاهی از اهداف، قابلیت اجراء جهانی.

سیستماتیک

هر فعالیت پرستاری بخشی از یک سلسله فعالیتهای دستور داده شده است. بعلاوه منافع هر فعالیت به دقت در انجام آن فعالیت، میزان تأثیر عمل و نتیجه آن بستگی دارد. پرستار بدون اطلاعات پایه دقیق و کامل قادر به مشخص کردن توانایی‌ها و مشکلات بیمار نمی‌باشد. فقدان دانش، توسعه یک طرح مراقبتی واقع بینانه و با ارزش را بر اساس اهداف بیمار برای پرستار و بیمار غیر ممکن می‌نماید مگر آنکه اهداف و توقعات بیمار از قبل به خوبی مشخص نوشته شده باشد. اعمال پرستاری و ارزشیابی فاقد دقت، ممکن‌است غیرموثر باشد. فرآیند پرستاری راهنمایی‌کننده هر مرحله از زنجیره مراقبت پرستاری دستور داده شده است.

1- Critical pathways
2- McCloskey and Jones

جدول ۱ـ۱۱. مروری بر فرآیند پرستاری

اجزاء	توصیف	اهداف	فعالیتها
ارزیابی	گردآوری، تأیید و ارتباط با اطلاعات بیمار	درباره وضعیت سلامت بیمار، توانایی مراقبت از سلامتی خود و نیاز وی به مراقبت پرستاری قضاوت کنید. طرح مراقبت جامع فردی را مهیا نمایید که ترسیم کننده نقاط قوت بیمار و پاسخی به تغییرات در شرایط بیمار باشد.	۱ـ اطلاعات پایه را تثبیت نمایید: ● تاریخچه پرستاری ● ارزیابی فیزیکی ● مروری بر گزارشات بیمار و نوشته‌های پرستاری ● مشاوره با افراد حمایت کننده بیمار و مراقبین بهداشتی حرفه‌ای ۲ـ جمع‌آوری مداوم اطلاعات جدید ۳ـ تأیید اطلاعات ۴ـ برقراری ارتباط با اطلاعات
تشخیص	تجزیه و تحلیل اطلاعات بیمار جهت تعیین توانایی‌ها و مشکلات سلامتی وی که مداخلات مستقل پرستاری قادر به پیشگیری و حل آنها می‌باشد.	توسعه فهرست اولویتهای تشخیص‌های پرستاری	۱ـ تفسیر و تجزیه اطلاعات بیمار ۲ـ تعیین توانایی‌ها و مشکلات سلامتی بیمار ۳ـ تنظیم و تأیید تشخیص‌های پرستاری ۴ـ تکامل فهرست اولویت در تشخیص‌های پرستاری
برنامه‌ریزی	تعیین (۱) اهداف قابل انتظار بیمار در پیشگیری، کاهش یا حل مشکلات مشخص شده در تشخیص‌های پرستاری و (۲) تعیین مداخلات پرستاری در این رابطه	توسعه طرح مراقبت پرستاری	۱ـ تعیین اولویتها ۲ـ نوشتن اهداف مورد انتظار و تکامل یک استراتژی جهت ارزشیابی ۳ـ انتخاب مداخلات پرستاری ۴ـ گفتگو و انتقال طرح مراقبت پرستاری
اجراء	اجراء طرح‌های مراقبتی	کمک به بیماران در دستیابی به اهداف طرح‌ریزی شده جهت ترفیع بهبودی، پیشگیری از بیماری و ناخوشی، حفظ تندرستی، تسهیل در تطابق با تغییر در عملکرد فردی	۱ـ اجراء طرح مراقبتی ۲ـ ادامه گردآوری اطلاعات و تعدیل طرحهای مراقبتی مورد نیاز ۳ـ ثبت و گزارش مراقبتها
ارزشیابی	وسعت دستیابی به اهداف اختصاصی تعیین شده در طرح مراقبتی را در بیمار بسنجید، فاکتورهایی را که تأثیر مثبت یا منفی در دستیابی بیمار به اهداف دارند را تعیین نمایید. چنانچه ضروری است طرح‌های مراقبتی را اصلاح نمایید.	مراقبت‌های پرستاری را ادامه، تعدیل یا خاتمه دهید.	۱ـ نحوه دستیابی مناسب به اهداف مورد انتظار در طرح مراقبتی را مشخص نمایید. ۲ـ عواملی را که در موفقیت یا عجز بیمار در دستیابی به اهداف دخالت دارند را تعیین نمایید. ۳ـ طرح مراقبتی را تعدیل نمایید (اگر کاربرد دارد).



شکل ۲ـ۱۱. پرستاران جهت برنامه‌ریزی و ارایه خدمات مراقبتی توسط فرآیند پرستاری از تشریک مساعی با بیماران استفاده می‌نمایند.

جدول ۲-۱۱. مثالهایی از گروههای توسعه دهنده استانداردهای زبان پرستاری

نام گروه	تمرکز	اهداف
انجمن تشخیصهای پرستاری شمال آمریکا (NANDA)	تشخیص‌ها	تعیین، علامت گذاری، معتبرسازی و طبقه‌بندی مشکلات سلامتی که تشخیصهای پرستاری و درمان را مشخص می‌نماید (NADA، ۲۰۰۱). website: http://www.nada.org/html/about.html
انجمن طبقه‌بندی مداخلات پرستاری (NIC)	مداخلات	تعیین، علامت گذاری، معتبرسازی و طبقه‌بندی اعمال پرستاری جهت اجرا شامل مداخلات مستقیم با بیماران و همین طور انجام اعمال غیر مستقیم (مک کلوسکی، ۲۰۰۰). website:http://www.nursing.uiowa.edu/centers/cncce/nic/NIC %203% 20 Label %20 Definitions.pdf
انجمن طبقه‌بندی اهداف حساس پرستاری (NOC)	اهداف	تعیین، علامت‌گذاری، معتبرسازی و طبقه‌بندی اهداف حساس پرستاری در ارتباط با بیمار و شاخص گذاری و ارزشیابی اعتبار و مفیدبودن این طبقه‌بندی و تعریف و مقیاس‌های مورد لزوم برای اهداف و شاخصها (جانسون ساس، ۲۰۰۰) website:http://coninfo.nursing.uiowa.edu/noc/index.htm
طبقه‌بندی سیستم پرستاری اُماها برای سلامتی جامعه	تشخیصها، مداخلات، اهداف	تسهیل اعمال، ثبت و مدیریت اطلاعات در مراقبت‌های منزل و پرستاری بهداشت جامعه بوسیله توصیف و سنجش مشکلات سلامتی، مداخلات و اهداف مراقبتی (مارتین و سنیت، ۱۹۹۲). website:http://con.ufl.edu/omaha/omahas.htm
انجمن دسته‌بندی اطلاعات مراقبت‌های پرستاری قبل از عمل (PNDS)	تشخیصها، مداخلات، اهداف	توسعه، پالایش و معتبرسازی واژه‌نامه پرستاری که منعکس کننده مسئولیت‌های پرستاری و اهداف بیمار در ارتباط با تجربیات قبل از عمل از زمان قبل از پذیرش تا ترخیص (تیا، ۲۰۰۰). website:http://www.aorn.org/research/pnds.htm
انجمن طبقه‌بندی خدمات مراقبتی در منزل (HHCC)	تشخیصها، مداخلات، اهداف	مهیا نمودن ساختار مناسبی جهت ثبت قانونی و طبقه‌بندی خدمات مراقبتی در منزل بطور سیار. website:http://www.sabacare.com
انجمن بین‌المللی طبقه‌بندی اعمال و خدمات پرستاری (ICNP)	تشخیصها، مداخلات، اهداف	گرفتن مقالات سلامتی پرستاران و مهیا نمودن چهارجوب برای واژه‌های موجود و طبقه‌بندی آنها می‌تواند سبب مقایسهٔ اطلاعات پرستاری در کشورهای سراسر جهان گردد. website:http://www.icn.ch/icnp.htm

پویایی

اگرچه فرآیند پرستاری پیشرفت منظم مراحل فرآیند معرفی شده اما در حقیقت تأثیرات متقابل زیاد و نقاط مشترک فراوانی بین پنج مرحله وجود دارد. هیچ مرحله‌ای در فرآیند پرستاری پدیده‌ای نیست که در یک زمان اتفاق بیافتد. هر مرحله تا مرحله بعدی بصورت پویا ادامه دارد. در بعضی از موقعیت‌های پرستاری تمامی پنج مرحله تقریباً بطور همزمان اتفاق می‌افتد.

ارتباط بین فردی

همواره انسان در قلب پرستاری است. نظر یک دانشجو را در رابطه با این حقیقت بخوانید. از دید یک دانشجو: فرآیند پرستاری به ما اطمینان می‌دهد که پرستاران بیمار محور هستند تا وظیفه محور. پرستار فکر می‌کند امروز حال خانم بارکلی چطور است؟ وی ترجیح می‌دهد علایم حیاتی بیمار را کنترل نماید. آیا اطلاعات جدیدی وجود دارد تا لازم باشد طرح مراقبتی بیمار تعدیل گردد؟ آیا اعمال پرستاری ما را در دستیابی به اهداف بیمار یاری می‌نماید؟ ما چطور می‌توانیم بهتر به بیمار کمک نماییم؟

فرآیند پرستاری، پرستاران را تشویق می‌کند تا با همکاری یکدیگر به بیماران کمک نمایند از توانایی هایشان در جهت دستیابی به تمامی نیازهای بشری استفاده نمایند. در واقع این دیدگاه نسبت به این که فقط مشکل بیمار حل گردد و یا به طور فیزیکی حل مشکل بیمار تسهیل گردد در یک نگاه کاملاً متفاوت است. کارکردن نزدیک و صمیمانه با بیماران به پرستاران در کشف توانایی‌ها و محدودیتهای موجود در بیمار کمک نموده و سبب ارتقاء پرسنلی و حرفه‌ای در پرستاری می‌گردد.

آگاهی از اهداف

مفهوم فرآیند پرستاری کارکردن بیمار و پرستار با یکدیگر به نحوی است که از اهداف اختصاصی در ارتباط با ارتقاء سلامتی، پیشگیری از بیماری و ناخوشی، حفظ سلامتی و تطابق با تغییر در عملکرد آگاه باشند. از عوامل مهم دیگر تعیین این که کدام اهداف برای بیمار مهمتر است و اعمال پرستاری مقتضی و متناسب با این اهداف چیست؟

زمانی که این اهداف و اعمال در طرح مراقبت پرستاری ثبت شدند هر پرستاری قادر خواهد بود به سرعت اولویت‌های بیمار را تعیین و پرستاری از بیمار را شروع کند و بطور وضوح بداند که چطور آن اعمال را می‌خواهد انجام دهد. منافع بیمار به تداوم مراقبت پرستاری و تلاش پرستاران برای دستیابی به اهداف بیمار بستگی دارد.

کاربرد جهانی

زمانی که پرستاران با دانش فرآیند پرستاری کار می‌کنند در می‌یابند که قادرند اعمال پرستاری را برای مردم خوب و ناخوش، جوان یا پیر در هر مرکزی انجام دهند. دانشجویان تلاش می‌کنند تا با تسلط بر فرآیند پرستاری ابزار با ارزشی را به دست بیاورند که بتواند در هر موقعیت پرستاری به آسانی از آن استفاده نمایند.

بطور وضوح بخشهای قبلی مشخص نمود که فرآیند پرستاری چهارچوب مناسبی را جهت انجام فعالیتهای پرستاری مهیا می‌نماید. در تعاملات پرستار با بیمار ارزیابی وی بسیار مهم است. پرستار بایستی هر تغییر با اهمیت در وضعیت سلامت بیمار را ثبت نماید و اعمال پرستاری را که به او در دستیابی به اهداف کمک می‌نماید را تعیین کند. همچنین طرحهای مراقبتی را در صورت لزوم تعدیل نماید. بنابراین پرستاری که طبق دستور پزشک کودکی را توسط یک لوله اختصاصی تغذیه می‌نماید بطور مداوم پاسخ کودک را به تغذیه ارزیابی نموده و بررسی کند. آیا کودک یا اقوام وی پس از ترخیص قادر به تغذیه مستقلانه کودک می‌باشند.

ممکن است بر اساس نتایج حاصل از ارزیابی پرستاری، تشخیص‌های جدیدی مشخص گردد که نیاز به افزودن طرح‌های مراقبتی جدید باشد.

فرآیند پرستاری برای تمامی فعالیتهای انجام شده توسط پرستاران در هنگام مراقبت از بیماران پیشنهاد می‌گردد.

فرآیند پرستاری و حل مسئله

یکی از نقاط قوت فرآیند پرستاری استواری آن بر متدولوژی حل مسئله می‌باشد که بیشتر دانشجویان پرستاری از این روش آگاهی دارند. حل مسئله یک مهارت اساسی در زندگی است. تعیین یک مشکل و سپس طی مراحل خاصی حل آن موضوعی شایع در استفاده از حواس است. استفاده از راه حل‌های متفاوت در حل مسئله نتایج مختلفی را دارد. بعضی از راه‌حلها نسبت به راه حلهای دیگر موفقیت‌آمیزتر است.

حل مسئله و آزمون و خطا

امتحان کردن تمامی راه حلها تا زمانی که یکی از راه‌حلها سبب حل مشکل اختصاصی گردد را روش آزمون و خطا می‌گویند.

این روش مؤثری برای پرستار نبوده و می‌تواند برای بیمار خطرناک باشد بنابراین توصیه نمی‌شود از این روش در اعمال پرستاری استفاده گردد. برای مثال: اگرچه ممکن است شما از تجربه انواع غذاهای محلی برای کشف و انتخاب بهترین غذا برای پرسنل لذت ببرید اما شما نمی‌خواهید از روش آزمون و خطا برای تعیین بهترین غذا جهت بیماران مبتلا به کمبود حجم مایعات و یا سوء تغذیه استفاده نمایید. شما اطلاعاتی را می‌خواهید بدانید که بر اساس تحقیقات بالینی باشد، دقیقاً چه غذا و مایعی جهت اصلاح نارسایی مزبور مفید خواهد بود. روش علمی حل مسئله فرآیند حل مسئله به روش علمی یک راه سیستماتیک بوده که شامل ۷ مرحله به ترتیب زیر می‌باشد:

۱ـ تعیین مشکل
۲ـ گردآوری اطلاعات
۳ـ تنظیم فرضیه‌ها
۴ـ طراحی اعمال
۵ـ آزمون فرضیه‌ها
۶ـ تفسیر نتایج
۷ـ ارزشیابی

در انتها نتیجه‌گیری یا اصلاح مطالعه.

از این روش بطور معمول با دقت بالا در محیطهای کنترل شده آزمایشگاهی استفاده می‌شود اما عموماً افراد حرفه‌ای عضو تیم مراقبتی بهداشتی که جهت مراقبت از بیمار از فرآیند پرستاری استفاده می‌کنند از فرآیند حل مسئله نیز با دقت بهره می‌برند. سالهاست که تئوریسین‌ها و مربیان پرستاری معتقدند که قضاوت بالینی بایستی بر اساس اطلاعات دقیق صورت‌پذیر (شیوه‌ای علمی).

همچنین جهت تثبیت پرستاری به عنوان حرفه‌ای علمی و کسب اعتبار و شایستگی و محترم شمرده شدن توسط افراد حرفه‌ای دیگر بایستی مراقبت به روشهای علمی صورت پذیرد.

امروزه پرستاران نقش مثبت تئوری حل مسئله را در تصمیم‌گیری‌های بالینی تأیید می‌نمایند. تعداد زیادی از پرستاران کارآزموده می‌توانند موقعیت‌های بالینی فوری را توصیف کنند که با مداخلات سریع پرستاری زندگی بیمار را از مرگ نجات داده‌اند.

هنگامی که پرستاران با موقعیت بالینی مشابه یا غیر مشابه

موقعیت قبلی مواجه می‌شوند می‌توانند از تئوری حل مسئله استفاده نمایند.

پرستاری که در اتاق بهبودی متوجه بد حال شدن بیمار پس از عمل جراحی می‌گردد قبل از ایجاد علایم مشهودی که بیان کننده مشکلات جدی در فرد باشد از تئوری حل مسئله استفاده می‌نماید. پرستاری که در بخش انکولوژی مشغول به کار است بایستی در موقعیت مناسب بیمار را تشویق نموده، به وی آموزش داده و به اظهارات وی گوش دهد.

توصیه‌های زیر از پدیده درک مستقیم از روش شهود حمایت می‌نماید. استفاده از دلایل منطقی که سبب درک مستقیم می‌گردد نسبت به دلایل ایجاد کننده جدایی و شکاف در تفکر ارجحیت دارد.

- معتبرسازی درک مستقیم پدیده‌ها: هنگامی که درک معتبری مقدور نمی‌باشد (مانند زمانی که حواس پرستار چیزی را در ارتباط با بیمار بدلیل عدم وجود علایم اشتباه درک می‌نماید) بایستی جهت درک بهتر بیمار را با دقت زیاد کنترل نمود.
- انجام پژوهشهای بیشتر پرستاری به یافتن راههای زیر کمک می‌نماید: (۱) توسعه درک مستقیم و نتایج واقعی مشخص (تشخیص سریعتر و دقیق‌تر، کنترل هوشیارانه مراقبت بهتر از بیمار) و ... (۲) ثبت اطلاعاتی که توسط درک مستقیم آماده شده است.

پرستاران بایستی در ارایه خدمات پرستاری اصولی از دانش پرستاری و تئوری علمی حل مسئله استفاده نمایند. همچنین استفاده از تئوری حل مسئله در اعمال و مشاهدات پرستاری در تمام سالهای خدمات پرستاری مفید خواهد بود.

چنانچه پرستار مسائل بیمار را درک کند بایستی با این اطلاعات با افراد ناظر نیز بحث نماید.

ثبت فرآیند پرستاری[1]

توانایی در برقراری ارتباط مناسب و واضح توسط نوشته‌های پرستاری یکی از مهارتهای ویژهٔ پرستاری است.

ثبت گزارشات دقیق، خلاصه، بموقع و مناسب تصویر دقیقی از بیمار برای تمام اعضاء تیم مراقبتی مهیا می‌نماید. در واقع ثبت گزارشات پرستاری راه اساسی ارتباط بین اعضاء مختلف تیم مراقبتی بهداشتی می‌باشد.

بر طبق قانون چنانچه اقدامات پرستاری انجام شود ولی ثبت کتبی نگردد و شفاهاً ذکر گردد مفهوم آن عدم انجام اقدام مربوطه می‌باشد.

چنانچه پرستاری در مراقبت از بیمار به غفلت متهم گردد ممکن است در دادگاه صادقانه بیان نماید که نیازهای بیمار را ارزیابی نموده، مشکلات بیمار را تشخیص داده و برنامه‌های مراقبتی مؤثر را اجراء و ارزشیابی کرده است.

جز در مواردی که ثبت گزارشات سندی را مهیا می‌نماید که از ادعاهای پرستار حمایت می‌نماید در موارد دیگر دادگاه هیچ دلیلی ندارد که نظارت پرستار را در اجراء اقدامات پرستاری نسبت به ادعاهای بیمار یا اقوام وی که مدعی هستند این خدمات ارایه نشده است را بپذیرد. هر فصلی در این بخش راهبردهای اختصاصی برای ثبت فعالیتها و فرآیندهای پرستاری را پیشنهاد می‌نماید فصل ۱۷ بر روی ثبت عمومی گزارش بحث می‌نماید این روش ثبت جهت ثبت اعمال و فعالیتهای پرستاری ارایه شده در ضمن فراگیری مفید می‌باشد مانند هر مهارت دیگر پرستاری، ثبت گزارشات سبب بهبود کیفیت اعمال پرستاری می‌گردد. مثالهایی از ثبت گزارشات پرستاری، ارزیابی‌های پرستاری، طرح‌های مراقبتی، یادداشتهای پرستاری در تمامی این کتاب مهیا شده است.

منافع فرآیند پرستاری

هنگامی که فرآیند پرستاری به خوبی اجراء شود سبب دستیابی به مراقبتی جامع و کامل از بیمار بر اساس اصولی علمی می‌گردد. از مزایای دیگر که در این راستا می‌توان به آن اشاره نمود، شامل ایجاد فرصت مناسب برای همکاری با دیگر پرستاران و تداوم مراقبت از بیمار می‌باشد. پرستارانی که به روش منطقی و سیستماتیک از فرآیند پرستاری استفاده می‌نمایند به راهی مناسب، واضح و مؤثر برای برنامه‌ریزی اقدامات پرستاری به وسیله تیم پرستاری دست می‌یابند که این امر سبب دستیابی به بهترین نتایج برای بیمار می‌گردد. برنامه‌ریزی مؤثر می‌تواند سبب رضایت مددجو و رضایت شغلی شده و تغییری را در نحوه زندگی بیمار ایجاد نماید.

ضمن این که بازخوردهای مثبت و یا منفی ناشی از ارزشیابی مداخلات و متغیرهایی که در دستیابی به اهداف بیمار مؤثر است نیز توصیف مناسبی را برای رشد حرفه‌ای مهیا می‌نماید. به کادر ۱ـ۱۱ فرآیند پرستاری ضمیمه بخش توجه نمایید.

مهارتهای ترکیبی و تفکر انتقادی[2]

هدف اولیه در استفاده از فرآیند پرستاری کمک در ارایهٔ مراقبتی جامع و علمی و خلاق به بیماران می‌باشد جهت انجام موفقیت‌آمیز چنین هدفی پرستار به مهارتهای ویژه و متعددی در

1- Documenting the Nursing process

2- Blended skills and critical thinking

کادر ۱ـ۱۱. مثال از فرآیند پرستاری

ارزیابی و شناخت(۱)

شما در حال کنترل بیماری هستید که دیروز یک جراحی شکمی داشته و می‌شنوید که بیمار درد قابل ملاحظه‌ای دارد وی اظهار می‌دارد «این درد تمام شب با من بوده است» بیمار با بی‌میلی سؤالاتی را درباره داروهای کنترل کننده درد و ترس از تأثیرات دارو مطرح می‌نماید وی اظهار می‌دارد «من نمی‌خواهم معتاد شوم» میزان فشار خون و تعداد نبض بیمار مختصری افزایش یافته است.

تشخیص(۲)

شما اطلاعات بالا را تجزیه و تحلیل می‌نمائید و تشخیصهای پرستاری را می‌نویسید:

ـ عدم‌تسکین درد در ارتباط با ترس از گرفتن داروهای تسکین دهنده درد. بیمار نیز معتقد است که این مشکل در وی شروع شده است.

تعیین اهداف قابل انتظار و برنامه‌ریزی(۳)

شما تصمیم می‌گیرید جهت دستیابی به اهداف زیر با بیمار کار کنید:

تا ساعت ۳ بعد از ظهر بیمار اظهار می‌نماید که به طور قابل توجهی درد تسکین یافته و وی قادر است استراحت نموده از بستر خارج شود و به حمام رود. بیمار نیز می‌خواهد به هدف مزبور دست یابد شما آموزش را به عنوان اولین مداخله پرستاری تعیین می‌نمائید.

اجرای برنامه(۴)

پس از این که شما از بیمار خواستید تجربیاتش را در ارتباط با استفاده داروهای تسکین دهنده درد بیان نماید به بیمار توضیح می‌دهد. زمانی که از این داروها سوء استفاده گردد بیشتر آنها اعتیاد آور می‌باشند اما چنانچه این داروها پس از عمل جراحی تجویز گردند به هیچ وجه اعتیادآور نخواهند بود شما همچنین به وی توضیح می‌دهید که سوء استفاده از این داروها در تخفیف و تسکین درد در وی فوق‌العاده با اهمیت بوده و او را قادر می‌سازد حرکت نماید، تنفس عمیق نموده و سرفه کند و اقدامات مؤثر دیگر را جهت بهبودی انجام دهد. شما پیشنهاد می‌نمایید چنانچه داروهای کنترل شده درد قبل از رسیدن به اوج درد تجویز گردند فوق‌العاده مؤثرتر بوده و از شدت درد می‌کاهد. هنگامی که بیمار نشان می‌دهد که برای گرفتن داروهای تسکین دهنده درد تلاش می‌نماید شما داروهای توصیه شده را به بیمار تجویز می‌نمائید.

ارزشیابی(۵)

پس از این که زمان کافی برای بروز تأثیرات دارو سپری شده مجدداً بیمار راکنترل نمائید و بررسی کنید که آیا دارو سبب تسکین درد شده و شما به هدف تعیین شده دست یافته‌اید. چنانچه بیمار احساس رضایت می‌کرد و شما نیز از طولانی نشدن مشکل بیمار احساس آرامش می‌کردید برنامه مراقبتی برای این تشخیص را خاتمه دهید. چنانچه بیمار هنوز احساس درد می‌کند یا از دریافت دارو احساس نارضایتی دارد تک تک مراحل فرآیند پرستاری را مجدداً ارزیابی نموده و تغییرات ضروری را در طرح مراقبتی ایجاد نمایید.

حیطه‌های شناختی، تکنیکی، پرسنلی، اخلاقی و قانونی نیاز دارد تا بتواند در زمان کار با بیمار مشتاقانه از این مهارتها به خوبی مبتکرانه و انتقادی استفاده نماید و سبب ارتقاء یا نگهداری سلامتی، پیشگیری از بیماری یا ناخوشی و تسهیل در تطابق با تغییر در عملکرد بیمار گردد.

تعریف چهار مهارت ترکیبی

قبل از این که بطوری عمیق هر مرحلهٔ فرآیند پرستاری را مطالعه نمایید نگاه کردن به مهارتهای ضروری در اعمال پرستاری مفید خواهد بود درک اهمیت این مهارتها به دانشجو کمک می‌نماید تا عملکردی هوشیارانه داشته و به نحوی استادانه فرآیند پرستاری را اجراء نمایند. تجهیز پرستاران به مهارتهای تکنیکی و شناختی در مدیریت مشکلات بالینی ناشی از تغییر در وضعیت سلامت و بیماری بیمار است. تسلط به روابط بین فردی و نکات اخلاقی از مهارتهای ضروری برای پرستاران بوده تا سلامتی مددجویان را تأمین نمایند. ذاتاً تعداد کمی از پرستاران در این چهار مهارت سرآمد می‌باشند و حتی پرستاران با تجربه با ادامهٔ کار و تمرین سعی دارند در مهارت‌های ترکیبی که برای تیم‌های مراقبتی حرفه‌ای، و موفقیت در استفاده از فرآیند پرستاری ضروری است تلاش نمایند.

همچنین فصل شامل اعمال متفکرانه و توسعه مهارتهای ترکیبی است که توسط نوشته‌های دانشجویان نشان داده خواهد شد.

مهارتهای شناختی

پرستاران دارای مهارت در حیطه شناختی دربارهٔ ماهیت پدیده‌ها در جهان تفکر کرده و مفاهیم ضروری جهت دستیابی به اهداف با ارزش را به خوبی درک می‌نمایند.

مهارتهای شناختی پرستاران را در اجراء موارد زیر قادر می‌سازد:

- داشتن تفکری منطقی و علمی برای برنامه‌ریزی مراقبتی (آگاهی از علوم لازم از قبیل علوم پرستاری و پزشکی همین طور علوم پایه مانند شیمی، میکروبیولوژی، آناتومی، فیزیولوژی، روانشناسی، جامعه‌شناسی و جمعیت‌شناسی).
- انتخاب مداخلات پرستاری که غالباً سبب دستیابی به اهداف قابل انتظار طراحی شده می‌گردد.
- جهتِ حل مبتکرانه مسائل از روش تفکر انتقادی استفاده نمائید.

تفکر انتقادی به عنوان روشی سیستماتیک جهت شکل دادن و سروسامان دادن به تفکر فرد تعریف شده است عملکرد تفکر انتقادی هدفمند و با دقت می‌باشد.

1- Assessing 2- Diagnosis

3- Outcome Identification and planning

4- Implementing 5- Evaluating

کادر ۲ـ۱۱. چک لیست برای ارزشیابی کردن استفاده شما از فرآیند پرستاری

ارزیابی

☐ اطلاعات اولیه کسب شده بوسیله تاریخچه پرستاری و معاینات پرستاری

☐ ارزیابی اطلاعات ثبت شده

☐ دقت ـ اطلاعات مشکوک معتبر شده است.

☐ کامل ـ استفاده از راهبردهای سیستماتیک اطمینان می‌دهد که اطلاعات ثبت شده موارد زیر را توصیف می‌نماید (۱) توانایی‌ها و عملکرد بیمار در دستیابی به نیازهای اساسی بشری (۲) واکنش متقابل نسبت به سلامتی و ناخوشی

☐ مختصر ـ در استفاده از اطلاعات غیر مرتبط و نامفهوم عمومی اجتناب شده است.

☐ حقیقت گویی ـ ترجیحاً رفتار بیمار ثبت شده است تا تفسیر پرستار از این رفتارها.

☐ اطلاعات مقدماتی بیان کننده احساس واقعی بیمار بوده و امکان برنامه مراقبتی فردی را مهیا می‌نماید.

☐ اطلاعات بدست آمده برای مشکل بیمار ثبت شده است.

☐ اطلاعات گردآوری شده و ثبت شده نشان‌دهنده پاسخ متقابل بیمار نسبت به تغییرات ایجاد شده در شرایط وی می‌باشد.

تشخیص

☐ طرح مراقبت از بیمار بر اساس فهرست اولویتهای تشخیص پرستاری است.

☐ هر تشخیص پرستاری توصیف کننده یک مشکل سلامتی حاد یا بالقوه در بیمار است که مداخلات مستقل پرستاری می‌تواند سبب پیشگیری یا حل مشکل گردد.

☐ هر تشخیص پرستاری از تفسیر معتبر و دقیق مجموعه اطلاعات با اهمیت یا کلیدهای راهنما بدست آمده است.

☐ هر تشخیص پرستاری شامل جملاتی است که با دقت مشکل سلامتی بیمار را بیان می‌نماید و نیاز به تغیر و نحوه دستیابی به اهداف بیمار را پیشنهاد می‌نماید.

☐ هر تشخیص پرستاری عوامل ایجاد کننده مشکل را مشخص می‌نماید (اتیولوژی) تعیین مشکلات مداخلات پرستاری را مشخص می‌نمایند.

☐ در هر تشخیص پرستاری از زبانی قضاوت کننده استفاده نشد و در نوشتن تشخیص‌ها واژه‌های منطقی به کار رفته است.

☐ تشخیص‌های پرستاری قدیمی حل شده توسط طرح مراقبتی، پاک شده وتشخیص‌های جدیدی که اخیراً مشخص گردیده اضافه شده است.

برنامه‌ریزی

☐ برنامه مراقبتی جامع، منطبق با روز و فردی بوده که اختصاصاً با توجه به اهداف قابل انتظار بیمار و توصیه‌های پرستاری برای هر تشخیص پرستاری در نظر گرفته شده و سبب توسعه کمک به بیمار و اقوام وی شده است.

☐ برنامه‌ریزی جامع و کامل است:

☐ شروع مراقبت ☐ پیشرفت ☐ ترخیص

☐ آگاهی از اهداف بلندمدت تیم پرستاری در ارتباط با انتظارات واقع‌گرایانه بیمار بعد از ترخیص

☐ اهداف قابل انتظار کوتاه مدت

☐ در زمان دستیابی به اهداف، حل مشکل مخصوص در تشخیص‌های پرستاری مشخص می‌گردد.

☐ اهداف کوتاه مدت رفتارهایی قابل مشاهده و اندازه گیری را توصیف نماید.

☐ آیا اهداف کوتاه مدت از نظر بیمار و خانواده‌اش با ارزش می‌باشد.

☐ آیا اهداف کوتاه مدت واقع بینانه بوده و در دسترس بیمار و پرستار می‌باشد.

توصیه‌های پرستاری

☐ مداخلات پرستاری که بایستی انجام شود بطور واضح و خلاصه شده توصیف شده است (پیشرفت ارزیابی: پروسیجرها و درمانهای پرستاری: آموزش، مشاوره و وکالت)

☐ آیا توصیه‌های پرستاری اختصاصاً در ارتباط با بیمار و فردی است.

☐ آیا توصیه‌های پرستاری منطبق با استانداردهای مراقبتی بوده و توسط درمانهای دیگر حمایت می‌شود.

☐ آیا توصیه‌های پرستاری در دستیابی به اهداف قابل انتظار طراحی شده بیمار موثر است.

☐ طرح مراقبتی بیمار و اقوام وی را جهت شرکت در درمان تشویق می‌نماید.

☐ ثبت گزارش بیمار شامل ثبت گزارشات روزانه پرستاری شامل موارد زیر می‌باشد:

۱ـ کمک به بیمار در دستیابی به نیازهای اساسی بشری

۲ـ حل مشکلات سلامتی

۳ـ اجراء جنبه‌های انتخاب شده از طرحهای مراقبتی

☐ طرح‌های مراقبتی اجراء نشده:

☐ کامل است ☐ محرمانه است ☐ مراقبت دهنده است

☐ خلاق است.

ارزشیابی

☐ جملات ارزشیابی ثبت شده بر اساس طرح مراقبتی میزان دستیابی به اهداف قابل دستیابی را در زمان مورد نظر گزارش می‌نماید.

☐ ارزشیابی مداوم واکنشهای متقابل بیمار نسبت به طرحهای مراقبتی صورت می‌گیرد و از نتیجه آنها در تصمیم‌گیری در ارتباط با خاتمه، ادامه یا تعدیل طرح مراقبت پرستاری استفاده می‌گردد.

تفکر انتقادی روش منظم، جامع و بر اساس استانداردها و توانایی‌های ذهنی است نتایج حاصل از این نوع تفکر خود دلیلی بر اثبات این مدعا است (پُل «paul»، ۱۹۹۳ ص ۲۰) پرستاران ماهر در حیطه شناختی متفکران انتقادی خوبی هستند.

پُل چهار حیطه تفکر انتقادی را در کادر ۳ـ۱۱ نشان داده است که شامل فاکتورهای تفکر (موانع اساسی در تفکر)، توانایی‌ها (مهارتهای ضروری در تفکر منطقی) حیطه‌های عاطفی و استانداردهای هوش می‌باشد. مرکزی که پل در آن کار می‌کند با دقت استانداردها، مشکلات بالقوه و اصول اساسی در این ارتباط را مشخص می‌نماید.

کادر ۳ـ۱۱. چهار حیطه تفکر انتقادی

عوامل اصلی تفکر: عوامل اصلی که سبب ایجاد مانع در تفکر می‌گردد.

عامل اصلی	استانداردهای اساسی	مشکلات بالقوه	قاعده کلی
اهداف	۱ـ وضوح هدف ۲ـ اهمیت هدف ۳ـ قابلیت دستیابی به هدف ۴ـ پیوستگی هدف	۱ـ ابهام در هدف ۲ـ یکنواختی هدف ۳ـ هدف غیر واقعی ۴ـ پیوستگی هدف	تمامی استدلالها و تعقل‌ها دارای هدفی هستند.
یا	۱ـ وضوح سؤال ۲ـ اهمیت سؤال ۳ـ توانایی در پاسخ ۴ـ مناسب	۱ـ مبهم ۲ـ بی‌اهمیت ۳ـ عدم توانایی در پاسخ ۴ـ بی‌ارتباط	برای مستقر شدن و جا افتادن یک سؤال شما باید درک کنید چه احتیاجهایی دارید.
دیدگاه	۱ـ انعطاف در دیدگاه ۲ـ انصاف در دیدگاه ۳ـ وضوح در دیدگاه ۴ـ وسعت در دیدگاه	۱ـ محدودیت ۲ـ تعصب ۳ـ ابهام ۴ـ محصور، بسته	زمانی که دیدگاه فرد متنوع، مرتبط، پویا و کاملاً واضح، منصف، همدل، منطقی و سازگار باشد استدلال بهتر خواهد بود.
بعد تجربی	۱ـ شواهد واضح ۲ـ اطلاعات مرتبط ۳ـ کسب و گزارش منصفانه شواهد ۴ـ اطلاعات پایه دقیق ۵ـ شواهد کافی ۶ـ مداومت عمل اطلاعات	۱ـ مبهم ۲ـ غیر منصفانه ۳ـ بی‌دقت ۴ـ نارسا	استدلال فقط می‌تواند بر اساس شواهد پایه گذاری شود.
مفاهیم و ایده‌ها	۱ـ وضوح مفاهیم ۲ـ مفاهیم وابسته ۳ـ عمق مفاهیم ۴ـ بیطرفی مفاهیم	۱ـ مبهم ۲ـ غیر مرتبط ۳ـ سطحی ۴ـ تعصب	تعقل و استدلال فقط با مفاهیم واضح عمق و وابسته سر و سامان و شکل می‌گیرد.
فرضیات	۱ـ وضوح فرضیات ۲ـ توجیه پذیری فرضیات ۳ـ پیوستگی فرضیات	۱ـ مبهم ۲ـ توجیه ناپذیر ۳ـ متناقض	استدلال فقط می‌تواند بر اساس فرضیات شکل گرفته صورت پذیرد.
استنباط و اعتبار	۱ـ اهمیت استنباط ۲ـ ماهیت واقعی استنباط ۳ـ وضوح استنباط ۴ـ دقت در استنباط ۵ـ استنباط شمرده و کامل	۱ـ بی‌اهمیت ۲ـ غیر واقعی ۳ـ مبهم ۴ـ گنگ ۵ـ ناقص	

۲ـ توانایی‌ها: مهارتهای ضروری در تفکر به روشی ارجح	۳ـ ابعاد عاطفی: نگرشها، تمایلات، هیجانات و ویژگیهای ذهنی ضروری جهت تفکری ارجح و والا در محیط‌های واقعی	۴ـ استانداردهای عقلانی، استانداردهای مورد استفاده جهت نقد و بررسی تفکر ارجح
● توانایی در ارزشیابی کردن اعتبار منابع اطلاعاتی ● توانایی تجزیه و تحلیل دلایل، تفسیرها، اعتقادات یا تئوریها ● توانایی طبقه‌بندی مفاهیم، کلمات و جملات ● توانایی انتقال بصیرت در زمینه‌های جدید ● توانایی ارایه و ارزیابی راه‌حل‌های احتمالی ● توانایی توسعه شاخص‌های لازم جهت ارزشیابی: طبقه‌بندی ارزشها و استانداردها ● توانایی خواندن، گوش کردن، نوشتن و صحبت کردن به روش انتقادی	● تفکر مستقلانه ● تمرین تفکر منصفانه ● توسعه بصیرت نسبت به خود و جامعه ● توسعه تواضع به روشی عقلانی و به تعلیق در آوردن تشخیصها ● توسعه منطقی شهامت ● توسعه منطقی عقیده و درستی خوب ● توسعه منطقی استقامت ● توسعه و افزایش اعتماد نسبت به دلایل ● توسعه منطقی حس کنجکاوی	روشن — صریح اختصاصی — دقیق مرتبط — موجه پایدار — عقلانی عمیق — گسترده کامل — با اهمیت کافی (برای مصرف) — منصفانه

مهارتهای تکنیکی

پرستاران دارای مهارتهای تکنیکی جهت دستیابی به اهداف طراحی شده به نحوی مناسب و ماهرانه از تجهیزات استفاده می‌نمایند. توانایی‌ها و صلاحیت‌های تکنیکی سبب می‌گردد عملکردهای دستی توأم با زبردستی و مهارت انجام گرفته و هماهنگی بسیار مناسبی بین عملکرد چشم و دست ایجاد شود. این امر خود سبب معدوم کردن وسایل غیر استانداردِ بر اساس درک عملکرد غیر تکنیکی آنها توسط پرستار ماهر می‌گردد.

پرستاران با تکنیک و مهارت بالا قادر هستند اعمال زیر را انجام دهند:

- استفاده ماهرانه از تجهیزات تکنیکی به سادگی و با سرعت کافی جهت نیل به اهداف با حداقل نقش ایجاد شده برای خود و افراد شرکت کننده در مراقبت
- توانایی تطابق مبتکرانه با تجهیزات و مهارتها در انجام پروسیجرهای تکنیکی جهت برطرف کردن نیازهای ویژهٔ مددجویان در موقعیت‌های متفاوت.

مهارتهای بین فردی

پرستارانی که دارای مهارت کافی در برقراری ارتباط بین فردی می‌باشند جهت دستیابی به اهدافی با ارزش، ارتباطی منطقی را ایجاد و حفظ می‌نمایند.

پرستاران ماهر در برقراری ارتباط بین فردی قادر به انجام اقدامات زیر می‌باشند:

- استفاده از تعاملات بیماران و افراد با اهمیت دیگر و برقراری ارتباط مناسب و سزاوار با افراد مختلف
- مشخص نمودن توانایی‌ها و قوای پرسنل در دستیابی به اهداف با ارزش سلامتی برای بیمار و دیگران
- مهیا نمودن تیم مراقبتی بهداشتی آگاه و با دانش در ارتباط با انتظارات و اهداف با ارزش برای بیمار
- تشریک مساعی با افراد تیم مراقبتی بهداشتی به عنوان همکارانی معتبر و محترم جهت رسیدن به اهداف با ارزش

مهارتهای قانونی ـ اخلاقی

پرستارانی که مهارتهای لازم در زمینه‌های قانونی و اخلاق را کسب نموده‌اند با روش منطبق و سازگار با مجموعه قوانین، اخلاقیات و مسئولیت‌های حرفه‌ای انجام وظیفه و ایفاء نقش می‌نمایند.

پرستاران دارای صلاحیت‌های قانونی، اخلاقی قادر هستند اقدامات زیر را به عمل آورند:

- اطمینان از اجراء اعمال پرستاری که مورد علاقه بیمار باشد.
- احساس مسئولیت در قبال اعمال پرستاری انجام شده برای بیمار توسط خود فرد و خدمات ارایه شده توسط تیم مراقبتی و احساس مسئولیت در قبال اجتماع
- انجام اقداماتی مؤثر در حمایت حقوقی و قانونی از بیمار
- میانجیگری اخلاقی بین تعارضات موجود در بیمار، افراد مهم دیگر تیم مراقبتی بهداشتی و دیگر علایق بیمار
- انجام اعمال پرستاری توأم با تعهد به اصول حرفه‌ای و مجموعه قوانین اخلاقی
- استفاده از قوانین ایمن و حمایت کننده که سبب کاهش احتمال اختلاف و دادخواهی می‌گردد. مهارتهای شناختی و تکنیکی در پرستاران سبب توانایی آنها در اداره و حل ریشه‌ای مشکلات بالینی ناشی از تغییر مداوم وضعیت سلامتی یا ناخوشی می‌گردد مهارتهای اخلاقی و ارتباطی از مهارتهای ضروری است و برای پرستارانی که در مورد احساس خوب بودن بیمارانشان نگران می‌باشند مفید واقع می‌گردد.

صدا کردن‌های مکرر آدی وارنر بیمار پیر در تمرین اعمال متفکرانه است؟ توسط پاسخ متقابل به نیازهای بیمار پرستار قادر خواهد بود حس اعتماد را در ارتباط دو جانبه تقویت نموده بنابراین به بیمار اجازه می‌دهد در ارتباط با ناکامی‌های خویش صحبت نماید.

توسعه مهارتهای شناختی

چهار حیطهٔ تفکر انتقادی شامل اجزاء اندیشه (ساختن بنای اصلی تفکر) توانایی‌ها (مهارتهای ضروری که سبب ارتقاء سطح تفکر می‌گردد) ابعاد عاطفی و استانداردهای عقلانی می‌گردد.

تمرینات زیر به شما کمک خواهد کرد تا توانایی تفکر انتقادی در انجام اعمال حرفه‌ای را تقویت نمائید.

توسعه روش تفکر انتقادی

پرستارانی که توسعه مهارت تفکر انتقادی را جهت افزایش کیفیت اعمال پرستاری عاملی ضروری دانسته و علاقمند به توسعه این روش هستند دریافته‌اند که جهت تلاش و تسلط به این روش بایستی به مجموعه پنج عامل توجه نمایند. این عوامل عبارتند از: هدف از تفکر، کفایت دانش، مسائل بالقوه، منابع یاری دهنده مفید، انتقاد از قضاوت و تصمیم‌گیری.

هدف از تفکر

اولین مرحله هنگام تفکر انتقادی درباره یک موقعیت تعیین مقصود یا هدف شما از فکر کردن دربارهٔ آن موقعیت می‌باشد. این عامل به شما کمک نموده تا با نظم دادن به روش

اندیشیدن، تمام حواس و تفکرتان را به سمت هدف اصلی هدایت نمایید.
ممکن است مقصود از تفکر انتقادی اخذ تصمیم درباره بیماری یا موقعیتی ویژه یا تصمیم‌گیری درباره انتخاب بهترین مداخله باشد.

کفایت دانش

خارج از بحث تفکر انتقادی قضاوت درباره چگونگی دانش بسیار با اهمیت و ضروری می‌باشد. دانش خود را ارزیابی نموده و مشخص کنید آیا دقیق، کامل و در ارتباط با موضوع می‌باشد چنانچه دلیلی بدست آورید که اطلاعات شما اشتباه بوده و یا فاقد اهمیت لازم می‌باشد دستیابی به نتایج مطلوب غیر ممکن است همچنین شما بایستی مطمئن شوید که تمام جزئیات مرتبط با موضوع مورد تفکر را درک کرده‌اید چه چیزی نامعلوم است؟ شما جهت اخذ تصمیم مناسب چقدر وقت احتیاج دارید؟ چقدر امکان اشتباه شما وجود دارد؟

آوی وارنر را در نظر بگیرید بیماری که توصیف شده بود به پرستاران وابستگی دارد و مزاحمت ایجاد می‌نماید. پرستار به جای این که توصیفهای پرستاران دیگر را در ارتباط با بیمار بپذیرد به زنگ بیمار پاسخ داد در نتیجه به اطلاعات مهمی دست پیدا کرد و تصمیمی مناسب و منطقی گرفت.

مسائل بالقوه

همان طور که شما در تفکر انتقادی مهارت کسب می‌نمائید آماده می‌شوید تا صدای افت و خیز دلایل پدیده‌ها را بشنوید مشکلات معمول شما موارد زیر می‌باشد.

کار کردن با فرضیه‌های ناقص یا آزمایش نشده، پذیرفتن ادعاها و مباحث ثابت نشده، اجازه این که فکر شما رنگ تعصب بگیرد، استدلال غیر منطقی مانند عمومیت دادن یک موضوع یا تجربه‌ای منفرد به تمامی موارد و اجازه این که احساس تبدیل به دلیلی قانونی گردد. این موارد مشکلات شایع و مشابهی هستند که مانعی جهت تفکر انتقادی محسوب می‌شوند. هرچه سریعتر این موانع را در تفکر خودتان مشخص نمائید.

منابع سودمند

افراد حرفه‌ایی خردمند خیلی سریع محدودیتهای خود را تشخیص داده و در جستجوی کمکهایی هستند که نواقص آنها را رفع نماید. متخصصین مجرب بالینی معتقدند که یادگیری مداوم بوده و انتظار می‌رود که این عمل فرصت مناسبی را برای تجدید دانش جدید ایجاد نماید. متفکران انتقادی جهت کمک به استدلال منطقی خود به چه چیزی نیاز دارند و چه منابعی در اختیار دارند منابع کلیدی شامل متخصصین بالینی مجرب، کتابهای مرجع و مجلات، خط مشی‌ها و مهارتهای عملی مؤسسات و گروههای حرفه‌ای و نوشتجات معتبر می‌باشد.

انتقاد از قضاوت و تصمیم‌گیری

سرانجام شما بایستی شق دیگر قضاوت یا تصمیمات خود را تعیین و در نظر بگیرید و عاقبت شایستگی هریک را سنجیده و به نتیجهٔ مناسب برسید پیش بینی نتایج اعمال مهم شما قبل از این که نتیجه به دست آمده را نقد و بررسی نمائید بسیار سودمند خواهد بود همچنین شما بایستی تصمیمی را که گرفته‌اید ارزشیابی کنید زیرا ارزشیابی شما بر روی اعمالتان تأثیر خواهد داشت. پس از استفاده از این روش در انجام کار، تلاش شما سرتاسر عقلانی و منطقی بوده به شرط انکه این امر با توجه به استانداردهای تفکر انتقادی که به قرار زیر است صورت پذیرد:
انتقاد شما بایستی صریح، واضح، اختصاصی، دقیق، مناسب، موجه، سازگار، منطقی، عمیق، گسترده، کامل، با اهمیت، کافی (برای رسیدن به مقصود) و منصفانه باشد.

راهبردهای متمرکز تفکر انتقادی

در چهارچوب توسعه یافته مهارتهای تفکر انتقادی ۱۱ـ۱ رعایت پنج نکته تسهیل کننده این نوع تفکر دربارهٔ تجربه یک مراقبت در وضعیت دشوار که توسط یک دانشجوی پرستاری انجام شده شرح داده شده است. در روش تفکر انتقادی تعیین نمایید که کدامیک از انتخابهای شما می‌تواند سبب سهولت در دستیابی به نیازهای بیمار گردد. بدلیل این که پرستاران با مفهوم رفاه بیمار مواجه هستند استدلال در هم بر هم خطرناک و نابخشودنی می‌باشد حتی برای پرستارانی که به تازگی کار خود را شروع کرده‌اند و یا دانشجویانی که با انجام کار بالینی کسب تجربه می‌نمایند. مثالهای دیگر نیز در این ارتباط در فصل‌های این کتاب وجود دارد.

تقویت نگرشها و تمایلات به سوی تفکر انتقادی

هر شخصی که می‌خواهد یک متفکر منتقد باشد به تمایلات عادی اساسی نیاز دارد. بعضی از بهترین این تمایلات و مقررات در پایین توصیف شده است. این فهرست را مرور کنید و پس از ارزیابی، میزان تطابق خصوصیات تفکر خود را با این خصیصه‌ها مشخص نمایید.

تفکر مستقل

پرستارانی که تفکری مستقل دارند مراقب هستند تا اجازه ندهند کنترل تفکرشان تحت تأثیر موقعیت‌های خاص و یا افراد تأثیرگذار قرار گیرد:

«آدی وارنر خانم پیری را که وابسته به پرسنل قلمداد می‌شد را به یاد بیاورید. پرستار نشان داد تفکری مستقل دارد و توصیف پرسنل پرستاری دیگر را نپذیرفت. در نتیجه پرستار با موقعیت خاصی روبرو شد. اطلاعات دریافت کرد و سپس اعمالش را بر اساس اطلاعات انجام داد».

هنگامی که سعی می‌کنید تفکری منطقی داشته باشید مانند «چرا این بیمار نسبت به تغییر مقاومت می‌نماید؟» از روی احتیاط با بیمار مشورت نموده و نظر همکاران را در نظر گرفته و اطلاعات موجود را مرور نمایید و فقط زمانی اقدامی را انجام دهید که به قضاوت بالینی رسیده باشید این موضوع را با قضاوت غیر منطقی و غیر منصفانه یک پرستار براساس توصیه‌های پرستار دیگر مقایسه نمایید حتی اگر این پرستار یک مدیر پرستاری باشد.

آیا به یاد می‌آورید شارلوت هوروث، مادر تنهایی را که نیاز داشت در مورد مراقبت از زخم آموزش ببیند؟ پرستاری که مستقل فکر نمی‌کند ممکن است سریعاً به این نتیجه برسد که خانم هوروث فقط علاقمند به مراقبت از دخترش در منزل نیست. برعکس پرستاری که مستقل فکر می‌کند موقعیت را بررسی کرده و سپس تصمیم می‌گیرد.

بی‌طرف و منصف بودن

پرستاری که بی‌طرف می‌باشد دارای ذهنی باز برای دریافت نقطه نظرهای متفاوت بوده و قبل از قضاوت کردن تمامی جنبه‌های یک بحث را گوش می‌کند. هنگامی که یک بیمار از پزشک و یا پرستار شکایت می‌کند یک پرستار منصف در ارتباط با صحت و اعتبار این شکایت تحقیق نموده و قبل از این که تصمیمی بگیرد با افرادی که از آنها شکایت شده صحبت می‌کند. یک متفکر منصف محدودیتهایی را که خود مداری در تفکر ایجاد می‌نماید را تشخیص می‌دهد (این درست است به دلیل این که من فکر می‌کنم درست است) همین طور داشتن تفکری اجتماع محور محدودیتهایی ایجاد می‌نماید (این درست است زیرا روش تفکر آمریکاییها و فیلادلفیایی‌ها است).

فروتنی منطقی

یک شخص به راحتی می‌تواند بین پرستاری که فکر می‌کند همه چیز را می‌داند با پرستارانی که تمایل به یادگیری دارند فرق قائل شود. پرستارانی که فروتنی معقولانه‌ای دارند در هر زمانی مشغول یادگیری از بیماران، مراقبت دهندگان غیر حرفه‌ای، دیگر همکاران و رسانه‌های جمعی هستند. هرگز از بیان چنین جمله‌ای وحشت نداشته باشید. من جواب سؤال شما را نمی‌دانم اما خوشحال خواهم شد که پس از این که راجع به آن بررسی و تحقیق کردم با شما صحبت نمایم.

شجاعت منطقی

پرستارانی که دارای شجاعت منطقی هستند از قرار گرفتن در موقعیت‌های خاص و مقابله با آن موقعیت ترس و هراسی ندارند. داشتن شجاعت منطقی: پرستارانی که دارای شجاعت منطقی هستند از تلاش در خلاف جهت جریان عادی ترس و واهمه ندارند آنها در مقابل این نظریه ایستادگی می‌کنند که «ما همیشه چیزی را انجام می‌دهیم که روش اینجاست» در حالی که در همان زمان تجربه یا درک مستقیم نشان می‌دهد که روش دیگر ممکن است مفیدتر باشد. آنها هیچ وقت از پرسیدن این سؤال نمی‌ترسند «آیا چیز دیگری وجود دارد که ما قادر باشیم به شکل متفاوتی انجام دهیم تا سبب کمک به این بیمار یا موقعیت شود؟»

نشان دادن وفاداری و درستی

تعهد به درستی و راستی به پرستارانی که تمایل به تفکر انتقادی دارند کمک می‌نماید تا نسبت به اختلاف نتیجه هر راه در افراد و موقعیت‌های متفاوت حساس باشند. برای مثال این حساسیت ممکن است سبب کنار گذاشتن تعصب و تکذیب اعمال غیر منصفانه در ذهن می‌گردد.

کنجکاو و با اراده بودن

پرستارانی که پشتکار و ایستادگی منطقی دارند هنگامی که بایستی به این سؤال «چرا بیمار نسبت به این تغییر مقاومت نشان می‌دهد؟ پاسخ دهند بدنبال پاسخ و دلایل آن هستند. چه ارزشها و اعتقاداتی به مقاومت وی کمک می‌نماید؟ تا زمانی که ما متوجه این چیزها نشویم قادر نخواهیم بود به او کمک نماییم.

با انضباط بودن

پرستاران با انضباط از دقت خود به خوبی استفاده نموده و در زمان ضروری به نتایج خوبی می‌رسند زمانی که نتایج یا

تمرکز بر روی مهارتهای تفکر انتقادی ۱ـ۱۱

موقعیت

شما دانشجوی پرستاری هستید. دوست شما امی چنگ (amy chang) محرمانه به شما می‌گوید که دربارهٔ مادربزرگش نگران است زمانی که شما خانم چنگ را ملاقات می‌کنید یافته‌های حاصل از بررسی وی نشان می‌دهد که ایشان دچار نارسایی احتقانی قلبی است. اگرچه خانوادهٔ وی اصرار دارند که او از توجهات طبی استفاده نماید، ولی خانم چنگ بر روی مصرف چای گیاهی و درمانهای سنتی چینی پافشاری می‌کند. او اکنون ۸۸ ساله است. خانم چنگ در سن ۱۴ سالگی از چین مرکزی به آمریکا نقل مکان کرده است.

اگرچه او خانواده‌ای تشکیل داده که در حال حاضر آمریکایی هستند ولی در مقابل پذیرفتن فرهنگ جدید مقاومت نموده و نمی‌خواهد هیچ کاری را به توصیه طب آمریکایی انجام دهد. امی دوست شما نیز یک دانشجوی پرستاری است او خیلی زیاد مادر بزرگ عزیزش را دوست دارد و کله شقی وی را در امتناع کردن از ملاقات با متخصص داخلی خنثی می‌نماید. هر دو شما بنا بر دلایلی منطقی اعتقاد دارید که می‌توان با استفاده از توجهات طبی به وی کمک نمائید. چه کاری بایستی انجام دهید؟

۱ـ تعیین اهداف تفکر

فکرتان را در ارتباط با اشکال دیگر طب روشن نمایید. بطوری که بتوانیدتصمیم بگیرید چطور بایستی به خانم چنگ راجع به بدتر شدن شرایط فیزیکی وی پاسخ دهید.

۲ـ کفایت دانستنیها را ارزیابی کنید

مقتضیات وابسته: اگرچه شما دلایل محکمی برای ابتلا خانم چنگ به بیماری نارسایی احتقان قلبی دارید او تشخیص طبی ندارد و شما اطلاعات قطعی دربارهٔ وضعیت طبی او و پاسخ احتمالی او به درمانهای طبی ندارید. شما می‌دانید که او چه ارزش بالایی برای فرهنگ سنتی چین قائل است و به شدت اعتقاد دارد که چنانچه بهبود یابد بهبودی وی ناشی از مصرف چای گیاهی و درمانی سنتی چینی است (و به طب آمریکایی اعتقاد ندارد) خانواده وی معتقدند که او مقداری قویتر شده و خیلی دوست داشتنی است.

دانش ضروری: تصمیم بگیرید چطور در این موقعیت واکنش نشان دهید، شما نیاز دارید بدانید که طب سنتی غربی تنها سیستم طبی مفید نمی‌باشد. آموختن دانش ضروری در ارتباط با طب چینی و اول مفید بودن آن (یا احتمال مضر بودن آن) در شرایط کنونی برای شما و خانواده خانم چنگ مفید و سودمند می‌باشد همچنین شما نیاز خواهید داشت اطلاعات بیشتری در ارتباط با این که چه عوامل موثری برای بهتر شدن خانم چنگ ضروری است داشته باشید.

او چقدر ارزش برای سلامتی فیزیکی خود قائل است؟ با توجه به فرهنگ وی چه عواملی در زندگی کردن (احتمال مرگ وی) و خانواده وی با اهمیت می‌باشد؟ شما می‌خواهید ارزیابی نمایید که خانم چنگ به چه آموزشها، مشاوره‌ها و حمایت‌هایی نیاز دارد تا تصمیمی با اراده و آگاهانه که برای او صحیح باشد اتخاذ نماید.

مجال اشتباه: به دلیل این که زندگی خانم چنگ بی‌اغراق در خطر است مجال زیادی برای اشتباه در روش کار شما و انتخاب پاسخ متقابل به خانواده وی وجود ندارد. حتی اگر شرایط وی تهدید کننده نباشد ممکن است احساس خوب بودن وی به شدت تهدید گردد ضمن این که چنانچه او احساس نماید با اجبار بایستی درمان بیگانگان را پیگیری و تعقیب کند احساس ترس بر وی غلبه خواهد کرد.

محدودیت زمان: اگرچه شما راجع به سنت و زیان‌آور بودن شرایط بیمار مطمئن نیستید، اما درک کرده‌اید که بهتر است خانم چنگ هرچه سریعتر درمانهای مؤثر را دریافت نماید مگر این که شرایط او به طور ناگهانی خراب شود که این امر هم مسئله‌ای نیست که در ۲۴ ساعت بعد نیاز به تصمیم‌گیری داشته باشد.

۳ـ در نظر گرفتن مشکلات بالقوه

بیشترین مانع جدی در تفکر انتقادی در این موقعیت عدم توانایی در اهمیت دادن به شایستگی شکل دیگر سیستم‌های درمانی است. تعصب فرهنگی ممکن است سبب این تصور گردد که طب آمریکایی ضرورتاً بر دیگر سیستم‌های درمانی ارجحیت دارد و اخلاقاً حمایت از انتخاب هر چیز دیگری غلط و اشتباه می‌باشد. دوست داشتن خانوادهٔ خانم چنگ و انگیزه‌های دیگر آنها سبب می‌شود تا هر کاری را که احتمال دارد سلامتی وی آزادی عمل و انتخاب راه صحیح را حفظ نماید انجام داده تا بدین وسیله عوامل مزاحم توانایی‌های فردی وی را به حداقل برساند.

۴ـ منابع مفید مشاوره

اولین تلاش شما یادگیری بیشتر دربارهٔ طب چینی خواهد بود که مشاورهٔ با منابع توانا بعلاوه استفاده از دست نوشته‌های موجود می‌تواند به شما کمک نماید. مؤسسات ملی سلامتی هم اکنون دارای اداره‌ای است که اشکال دیگر طب در آن ثبت شده که ممکن است اطلاعات سودمندی را برای شما مهیا نماید که این اطلاعات به راحتی در سایتهای اینترنت و رایانه‌ای قابل دسترسی باشد. مهمترین منبع شما ممکن است خود خانم چنگ باشد و این امر بسیار مهم است که شما سعی نمایید در ارتباط با اهداف و ارزشهای حاکم در زندگی وی که می‌توانند به آنها دسترسی یابد بیشتر از او بیاموزید.

۵ـ فن قضاوت و تصمیم‌گیری

بعد از این که خانم چنگ را بهتر شناختید متوجه خواهید شد که او شدیداً گرفتار روش خود بوده و در مقابل توصیه پزشکان آمریکایی و یا در بیمارستان مانند سنگ خارا مقاوم بوده و این نکته مهمی در زندگی او می‌باشد.

بنابراین شما (یا خانواده او) فقط ۲ انتخاب خواهید داشت: فشار به او که یک متخصص داخلی او را ببیند و آوردن وی به مطب پزشک داخلی و یا جلب اعتماد وی به درمانهای خانواده که ممکن است در حل مشکلات او موفقیت‌آمیز باشد و یا مؤثر نباشد. اولین راهی که ممکن است زندگی وی را نجات دهد و خانواده وی انتخاب دیگری ندارد. شما متوجه خواهید شد که با این انتخاب خانواده وی بر روی ارزشهای خانم چنگ نفوذ کرده‌ها و او را از استقلال خارج می‌نماید. این یک کار درست در طی زندگی اوست تصمیم بگیرید او را حمایت نموده و سعی نمایید اهمیت انجام این کار را به خانواده وی توضیح دهید، متوجه باشید که چنانچه شرایط او جدی باشد و ثابت شود که درمانهای سنتی او غیر مؤثر است و مرگ وی جلو می‌افتد او این نتیجه را پذیرفته و بعلت ترس از زیر پا گذاشتن فرهنگ خویش این مرگ را به قبول فرهنگ و توصیه‌های بیگانگان ترجیح می‌دهد.

قضاوتهای مقدماتی احساس رضایت ایجاد نمی‌کند آنها مشتاقانه به عقب برگشته و سعی در یافتن دلایل این موضوع هستند به همین دلیل آنها با همکاران با تجربه خویش مشاوره نموده و همین امر سبب می‌شود که با استفاده از تفکر انتقادی در انجام کارهای سخت ترس و وحشتی نداشته باشند.

خلاق بودن

ممکن است مفهوم تفکر انتقادی در فکر کردن خارج از یک محدوده باشد. تلاش جهت حل مشکلات با استفاده از منابع مؤثر و مداخلات مقرون به صرفه‌ای که تاکنون شناخته شده از خلاقیت‌های پرستاری محسوب می‌شود.

رازدار و قابل اعتماد بودن

پرستارانی که به شیوه‌ای روتین از تفکر انتقادی استفاده می‌کنند با توسعهٔ اعتماد به قضاوتهای خویش از تصمیم‌گیری و دفاع از موقعیت‌های مخصوص هراسی ندارند. هنگامی که دفاع از دسته‌ای از اعمال پرستاری در مقابل بیمار و یا یک همکار ضروری به نظر می‌رسد پرستار می‌تواند با اعتماد کامل پاسخ دهد که «من به این روش عمل نمودم زیرا پژوهش (یا دلایل) من را متقاعد نموده که این دسته از اعمال بهترین نوع عملکرد است.»

توسعه مهارتهای تکنیکی

بعضی از مردم ذاتاً دستهای خوبی دارند و اعمال مهارتی پیچیده را که در آن تجهیزات تکنیکی استفاده می‌شود بسیار استادانه انجام می‌دهند. دیگران مجبور هستند قبل از این که احساس نمایند صلاحیت در دست گرفتن تجهیزات را دارند و می‌توانند فعالیتهای بالینی را بطور مستقل انجام دهند بارها و بارها نیاز به تمرین دارند. مهارتهای تکنیکی ذاتی شما هرچه که باشد شما می‌توانید به وسیله توسعه عادتهای زیر در خویش کمک نمایید تا اعمال و مهارتهای تکنیکی شما در فرآیند پرستاری به روش استادانه انجام شود.

- هنگامی که ایجاب می‌نماید یک پروسیجر به روشی ماهرانه انجام شود تا زمانی که ضروری است مهارت فوق را تمرین نمایید بدین نحو که قبل از اجرای آن پروسیجر برای بیمار، اطمینان در اجرای ماهرانه آن داشته باشید.
- قبل از استفاده از تجهیزات جدید در مهارتهای بالینی زمانی را برای آشنایی با آن وسایل در نظر بگیرید درک کنید چطور کار می‌کند و برای اطمینان از حداکثر عملکرد وسیله فوق نیاز به چه چیزهایی می‌باشد. چنانچه مقدور است مشکلات و چگونگی جبران و علاج آنها را پیش‌بینی نمایید.
- پرستارانی را که در انجام اعمال تکنیکی زبردست هستند را مشخص نمایید و از آنها بخواهید به شما کمک نمایند. بیشتر متخصصین بالینی با تجربه کیفیت مهارتها را توسعه داده در انجام تکنیکها در وقت صرفه جویی می‌نمایند. ضمن این که آنها مشتاقانه مهارت خود را در اختیار دیگران می‌گذارند.

هرگز هنگامی که احساس می‌نمایید برای کار با تجهیزات و یا چگونگی انجام یک مهارت بالینی نیاز به کمک دارید از پرسیدن و سؤال کردن خجالت نکشید هرگز فراموش نکنید که سلامتی بیماران و گاهی اوقات زندگی آنها به صلاحیت شما در انجام اعمال تکنیکی بستگی دارد. بیشتر پروسیجرهای پرستاری در فصل بالینی این کتاب توصیف شده است تهیه سیاهه رفتار (چک لیست) انجام هر مهارت بالینی را به اجزاء و قسمتهای کوچکتر تقسیم نموده و به شما اجازه می‌دهد نحوه عملکرد و اجرای هر سطح از پروسیجر را ارزشیابی نمایید. این نوع از خودآگاهی شما را قادر می‌سازد تا بسرعت نارسایی‌ها را در مهارتهای تکنیکی مشخص و از تکرار مجدد آن پیشگیری نمایید.

توسعه روابط بین فردی

خصیصه‌های ارتباط بین فردی ضروری جهت انجام اعمال پرستاری به قرار زیر است:

- بزرگی و احترام بیمار را به عنوان یک انسان ترفیع دهید.
- ارتباط با بیمار محور مراقبت باشد.
- ارتباط متقابل و دو جانبه بین بیمار و پرستار را توسعه و ارتقاء دهید.

ارتقاء احترام و شأن انسانی

پرستارانی که به شأن انسانی یک بیمار احترام می‌گذارند متوجه می‌شوند که جهت دستیابی به این اهداف اندیشیدن در مورد سؤالات زیر مفید می‌باشد:

- تعهد من در قبال احترام به شأن انسانی بیمار چطور است؟ آیا بایستی به تمام بیماران یکسان احترام گذاشت؟ آیا بعضی از بیماران استحقاق بیشتری برای احترام گذاشتن دارند؟ آیا می‌توان برای همیشه این حق را از او ساقط نمود؟
- مفهوم احترام گذاشتن به شأن و منزلت بیمار چیست؟ پنج راه عملی که می‌توانم احترام گذاشتن بیمار را نشان دهم کدام است؟
- هنگام احترام گذاردن به بیمار نقاط قوت و ضعف من چیست؟
- با چه راه و روشی من بایستی میزان وفاداری خود را به وظیفه احترام گذاشتن به شأن انسانی بیمار تغییر دهم؟

● چه بیمارانی بیشتر تلاش می‌کنند تا در مراقبت از توانایی احترام گذاشتن من استفاده نمایند؟ واکنش من نسبت به این درخواست چطور است؟ این پدیده چه چیزی را برای آینده به من می‌آموزد؟

پرستاران غالباً قدرت خود را در درمان سادهٔ بیماران بوسیله احترام گذاشتن به بیمار و مراقبت از شخصیت وی نادیده می‌گیرند. هر زمانی که یک پرستار به سمت اتاق بیمار قدم می‌زند یکی از دو پیام را منتقل می‌نماید: (۱) شما کاری هستید که باید انجام شود. شما معنی خاصی را برای من ندارید. یا (۲) شما شخص باارزشی هستید و من از شما مراقبت می‌کنم. حتی ۶۰ ثانیه تعامل بین پرستار و بیمار می‌تواند سبب ارتقاء و یا به مخاطره افتادن سلامتی و خوب بودن بیمار گردد. این امر برای تمامی پرستاران بسیار با اهمیت است که نسبت به چگونگی نگاه کردن، صحبت کردن خود و ارتباط از طریق لمس با بیماران و همکاران حساس باشند. بیمار آسیب‌پذیرتر و بیمارانی که بیشتر حس درک از خودشان تهدید شده بیشتر حس با ارزش بودن و خوب بودن در آنها تحت تأثیر پیامهای مؤثر پرستار قرار می‌گیرد.

خانم آدی وارنر بیماری که در تمرینات عملی توصیف شده است را در نظر بگیرید و به یاد بیاورید پیامی را که هنگام صدا کردن پرستار در زمان درخواست کمک، دریافت نمودید. بیشتر مفهوم این پیام منفی بود. این پیام را با پیام مثبتی که ناشی از عملکرد مناسب دانشجوی پرستاری بود که به بیمار کمک نمود تا از تخت خارج شود و خود را تمیز نماید مقایسه نمایید.

فعالیتهای یادگیری در کادر ۴ـ۱۱ کاربرد یادگیری در اعمال پرستاری که همراه فصل مربوطه می‌باشد برای مراقبت پرستاری از بیماران سالمندی که در سرای سالمندان زندگی می‌کنند توسعه داده شده است. سعی کنید این فعالیتها را با یک دوست انجام دهید به نوبت پرستار و فرد پیر شوید و سپس درباره احساس خودتان در ارتباط با انواع مختلف پرستاری با یکدیگر صحبت نمایید.

به طور فزاینده‌ای در هنگام ایجاد رابطه مراقبتی، پرستاران گزارش می‌نمایند که سیستم‌های مراقبتی جدید نیاز به کار کردن «سخت‌تر، سریعتر و زیباتر» داشته و امروزه سبب رقابت در عرصهٔ قیمت‌های درمانی شده و ارتباط سنتی پرستار و بیمار را مشکل ساخته است. همانطوری که شما اعمال پرستاری خود راشروع می‌کنید از خودتان بپرسید که اولویتهای مراقبتی شما کدام است؟ پرستارانی که پذیرفته‌اند که در غیاب ارتباطی مناسب مراقبت پرستاری ایده‌آل نمی‌توان انجام داد به ایجاد رابطه مراقبتی معنی و مفهوم خاص داده‌اند. بدیهی است که بیشتر متغیرهایی که کیفیت ارتباط را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند ابداً سبب شدت سطح بیماری و طول اقامت بیمار نمی‌گردد.

سؤالات مفید انعکاسی شامل موارد زیر می‌باشد:

● آیا من جهت ترفیع عواملی که سبب افزایش سطح خوب بودن بیمار و بدن وی می‌گردد به اندازه کافی بیمارم را می‌شناسم؟
● چنانچه بخواهم یک بیمار را توصیف نمایم آیا قادر خواهم بود هر چیزی را که بر روی شرایط فیزیکی بیمار تأثیرگذار است گزارش نمایم.
● آیا مراقبت‌های معمولی که من مهیا نموده‌ام همه جانبه، شخصی، اولویت‌بندی شده بر اساس نیازهای طبی و علایق بیمار می‌باشد و مداومت دارد؟ آیا طرحهای مراقبتی من منعکس کننده این موارد می‌باشد؟
● محتوی گزارش بیمار و گزارش پرستاری در ارتباط با رعایت اولویتهای پرستاری در مجموعه اعمال پرستاری من چیست؟
● نقاط قوت و ضعف من در ایجاد یک رابطه مراقبتی خلاق و متنوع با بیمار کدام است؟
● با چه روشهایی (هر روشی) بایستی من ارتباط مراقبتی خود را تغییر داده و رابطه‌ای بهتر برقرار نمایم؟

پرستاران در برقراری ارتباط مراقبتی معمول از فرصتهای مناسب برای صحبت کردن و ایجاد ارتباطی خالصانه که مورد علاقه بیمار است استفاده می‌نمایند و بدنبال کسب نحوه تجربه بیمار از مفهوم مراقبت‌ها و کمکهای پرستاری می‌باشند. برای مثال تنها بجای این که پچ پچ کردن بدون هدف با یک بیمار که قادر به صحبت کردن می‌باشد انجام شود یک پرستار بایستی مهارت صحبت کردن و ایجاد ارتباطی مراقبتی را توسعه دهد.

جملات یا سؤالات هدایت کننده که غالباً سبب استخراج اطلاعات مفید از بیماران پیر می‌گردد شامل موارد زیر می‌باشد:

● راجع به برخی از عوامل با اهمیت در ارتباط با زندگیتان در منزل به من توضیح دهید اکنون که اینجا هستید غالباً چه کارهایی را فراموش می‌کنید انجام دهید.
● شما غالباً بیشتر کدامیک از اعضاء خانواده و دوستانتان را ملاقات می‌نمایید؟ فکر می‌کنید چه کسی بهتر از همه شما را می‌شناسد و به او اعتماد دارید و وی می‌تواند در زمانی که قادر به صحبت کردن نیستید به جای شما صحبت نماید؟
● بیشتر ما اهداف و آرزوهایی داریم که برای خودمان آنها را نگه می‌داریم. این اهداف می‌تواند در ارتباط با خانه خودتان، در نظر گرفتن بعضی از رابطه‌ها یا فکر کردن دربارهٔ عشقی از دست رفته باشد، رؤیای شما چیست؟

کادر ۴ـ۱۱. توسعه مهارتهای بین فردی در اعمال پرستاری

شأن و منزلت انسانی: چگونه من می‌توانم به عنوان فردی مراقبت دهنده بر روی دیگران تأثیرگذار باشم.

توصیف: هدف از انجام این تمرین کشف اعتقاد «استفاده‌های درمانی از خود افراد می‌باشد» شما بایستی سعی نمایید تأثیر نگاه، صحبت و لمس کردنتان را بر روی دیگر افراد منعکس نمایید. روشهای آموزشی نقش بازی کردن و اکتشافی شما را قادر خواهد کرد تا در اثبات یا انکار تأثیر روشهای متفاوت ارتباط انسانی اظهار نظر نمایید.

اهداف

براساس نتایج این تمرین شما قادر خواهید بود:

۱ـ نشان دهید چطور نگاهها، کلمات و لمس استفاده شده می‌تواند برای دیگران مفید یا مضر باشد؟

۲ـ توصیف نمایید چطور دیدگاه شما سبب افزایش یا کاهش احساس خوب بودن در آنها می‌گردد.

۳ـ یک رفتار مراقبتی را که طرح نموده‌اید تا اعمال پرستاری شما را تعدیل و اصلاح نماید را تعیین کنید.

تمرین

الف ـ نگاه کردن به یک همکار به دو روش متفاوت را تمرین نمایید.

۱ـ شما کاری هستید که بایدانجام شود نگاه به شما معنی دیگری برای من ندارد.

۲ـ از دید من شما فرد گرانبهایی هستید و من از شما مراقبت می‌نمایم.

ب ـ به دو روش متفاوت صحبت کردن با همکارتان را تمرین نمایید.

۱ـ بی‌علاقه «وزیدنت شما، چراغ زنگ شما»

۲ـ مفید «من فکر می‌کنم چراغ زنگ خانم جونز دو مرتبه روشن شده است آیا شما نیاز به کمک دارید؟

ج ـ به دو روش متفاوت لمس کردن همکارتان را تمرین نمایید.

۱ـ با بی‌علاقگی: مچ دست همکارتان را بالا ببرید و نبض وی را حس کنید.

۲ـ با استفاده از لوسیون گرم دستهای همکارتان را ماساژ دهید.

د ـ با یکدیگر دربارهٔ هریک از موارد بالا صحبت کنید ببینید چه احساسی دارید. چنانچه خودتان را جای رزیدنت یا بیمار می‌گذاشتید چه احساسی داشتید.

هـ ـ در ارتباط با موقعیت‌های زیر به دو روش متفاوت نقش بازی کنید و جهت ارتباط نگاهها، کلمات و لمس را با هم ترکیب نمایید.

اولین زمان: شما کاری هستید که باید انجام شود، شما معنی دیگری برای من ندارید.

دومین زمان: شما برای من گرانبها هستید و من از شما مراقبت می‌کنم.

۱ـ دانشجو احساس می‌کند با تکلیف مراقبتی تعیین شده حقوقش توسط بیمار پایمال شده است و راجع به عملکرد خود با مربی بالینی بحث می‌نماید.

۲ـ دانشجو به سمت اتاق بیمار قدم می‌زند و مراقبت روزانه را شروع می‌کند.

۳ـ دانشجو به بیمار پیر کمک می‌کند بایستد و در اطراف اتاق حرکت کند.

۴ـ دانشجو از دیگر دانشجویان جهت تعویض ملحفه‌های یک بیمار چاق که استراحت مطلق در بستر دارد کمک می‌خواهد.

۵ـ دانشجو دارودرمانی بیمار را انجام می‌دهد.

و ـ شما هنگام مراقبت از بیمارانتان به عنوان نتیجه‌ای از این جلسه، تصمیم می‌گیرید یک کار را بشکل متفاوت انجام دهید.

ز ـ امروز شما در هنگام اجرای مراقبت چه چیز را تجربه کردید؟

- در گذشته زمانی که دچار مشکل می‌شدید از توانایی‌های خود چه برداشتی داشتید؟ برای حفظ توانایی‌های خود چه اقدامی انجام می‌دادید؟
- توجه داشته باشید که این روزها مدت زمان زیادی در فکر هستید. آیا دوست دارید که من نیز در فکر شما سهیم شوم و متوجه شوم راجع به چه چیزی فکر می‌کنید؟
- چنانچه شما مایل باشید می‌توانیم مدت زمانی را با هم بگذرانیم، شما چه کاری دوست دارید در این مدت انجام دهید؟ چطور ممکن است من بتوانم به شما کمک نمایم؟

پرستارانی که نسبت به سلامتی و خوب بودن بیمارانشان حساس هستند می‌توانند راههای زیادی را برای برقراری ارتباط مراقبتی پیدا نمایند.

خوشبختانه بیشتر مراقبت‌ها به شکل متقابل توسعه می‌یابد و پرستارانی که مراقبت را به عهده دارند متوجه می‌شوند که جهت اجرای اعمالی که نیاز به انرژی دارد دارای انرژی مجدد و زیادی هستند.

مسئله مهمی را که در ارتباط ضمیمه‌ای این مبحث تحت عنوان «از دید یک بیمار» ثبت شده است و در ارتباط با مشکلات مهمی است که بیمار در طی مراقبت پرستاری با آن مواجه بوده است را بدقت بخوانید.

از تبادل دوطرفه محبتها لذت ببرید

در هر حرفهٔ یاری دهنده‌ای خصوصاً در پرستاری فرصتهای بیشماری جهت برقراری تعاملات متقابل با دیگران وجود دارد. این چنین ارتباط مراقبتی بین فردی در تعاملات روزانه بوسیله دادن اطلاعات از خود و دریافت اطلاعات از فرد دیگر بشکل متناوب توسعه می‌یابد همانطوری که در شکل ۴ـ۱۱ نشان داده شده است. چه به بیمار دارو دهید، چه علایم حیاتی او را کنترل کنید یا بیمار را برای ترخیص آماده نمایید، شما صرفاً یک انتخاب دارید آن هم انجام وظایف مشخص شده یا انجام وظایفی است که به طور همزمان در هنگام ارتباط پرسنلی در حمایت و مراقبت با آرامش مشخص می‌گردد. نظارت مکرر بر تبادل محبتهای بین فردی در ارتباط مراقبتی ممکن است در فرآیند درمان بیمار به عنوان یک مداخله طبی با اهمیت قلمداد گردد. بجای‌دهندگان

از دید یک بیمار

من اخیراً مدت ۲ ماه را در یک بیمارستان آموزشی که پزشکان سعی می‌کردند راهی را جهت تنظیم ضربان قلب من پیدا کنند گذرانده‌ام. بیشتر این روزها با انجام تستهای متفاوت گذشت که البته بعضی از آنها در من ایجاد ترس می‌کرد. داروهای زیادی گرفتم که بیشتر آنها برای اصلاح کردن وضعیت من مفید نبود. در حدود ۲ ساعت با ماشین (سواره) از منزل اقوام و دوستانم دور بودم مفهوم این جمله این است که تقریباً همیشه صورت یک آشنا را در کنار تخت خودم نمی‌دیدم.

من به سرعت یاد گرفتم که چگونه قضاوت نمایم و به محض دیدن پرستار هر روز صبح چه روزی را پیش رو خواهم داشت. تمام پرستاران داروهایم را می‌آوردند و در طرح‌های درمانی مرا یاری می‌کردند. به هر حال با بعضی از پرستاران که با نحوهٔ بیان من آشنا بودند بدون معطلی و با احترام نیازهایم را برطرف می‌ساختند احساس امنیت و آسایش می‌کردم.

چنانچه نیاز به حمام رفتن داشتم یا درخواست چیزی را برای کنترل دردم می‌کردم فوراً نیازم برآورده می‌شد و آنها به من کمک می‌کردند و نهایتاً این که بعد از مدت کوتاهی متوجه شدم که روزهای خوبی دارم زیرا آنها روز مرا شاد می‌کردند و مسئله‌ای وجود نداشت که من احساس بیماری و کسالت نمایم. این پرستاران افرادی بودند که با آغوش باز طب و مراقبت را به من ارایه می‌کردند. افرادی که لحظاتی کنارم می‌نشستند و به حرفهایم گوش می‌کردند و به روش مناسب در هنگامی که برای خوابیدن آماده می‌شدم و لباس خواب می‌پوشیدم کمک می‌کردند این پرستاران در هنگام انجام آزمایشات جدیدی مرا همراهی می‌کردند به نحوی که در زمان روبرو شدن با عوامل ناشناخته احساس بهتری کرده و خود را آماده می‌دیدم غالباً بیشتر نمی‌دانستم آنها چه کار انجام می‌دهند اما متوجه می‌شدم چطور انجام می‌شود. آرزو می‌کنم تمامی پرستاران متوجه باشند که خدمت آنها می‌تواند اساسی‌ترین حس بیمار، یعنی حس خوب بودن را تحت تأثیر خود قرار دهد. یک بیمارستان می‌تواند بجای داشتن محیطی خلوت و دلتنگ کننده، مکانی قشنگ و زیبا باشد. پرستاران می‌توانند همه چیز را دگرگون نمایند.

این محبتها کم شود چنانچه محبتهای بین فردی بیشتر گردد سبب برگشت محبتی مشابه اثر فرد دریافت کننده محبت به شما گشته و سبب غنی شدن افراد مراقبت دهنده از محبت می‌گردد. هیچ عاملی با سرعت عدم اجرای وظایف به روشی انسانی سبب خسته شدن پرستار نمی‌گردد. هنگامی که بیماری به روشی مراقبت می‌شود که مفهومی جدید از خوب بودن برای بیمار ایجاد می‌گردد. وی حق‌شناسی خود را با تشکر به شما نشان می‌دهد



شکل ۴ـ۱۱

حتی زمانی که نمی‌تواند صحبت کند و این عاملی است که سبب تجدید و احیاء نیروی پرستار می‌گردد.

بندرت ما اعمال زیادی را که انجام می‌دهیم برای مدت کافی و طولانی متوقف می‌نماییم تا متوجه بازتاب و انعکاس چگونگی انجام اعمالمان و نحوهٔ تأثیر آن بر میزان خوب بودن دریافت کنندگان مراقبت گردیم. بدین منظور سؤالات زیر سودمند است:

- آیا من از خُلق خودم و چگونگی تأثیر آن بر سطح خوب بودن دیگران آگاه هستم؟
- آیا تاکنون تلاشی آگاهانه جهت انتقال آرامش، توانایی، حمایت یا لذت به دیگران نموده‌ام؟ نتیجه آن چه بوده است؟
- آیا من از تأثیر حالت و وضعیت خویش مثل خستگی، اضطراب، عجز یا هر عامل منفی دیگر در برقراری ارتباط و میزان خوب بودن بیمار آگاه هستم؟
- آیا من از راههایی که بیمار شخصیت و اعمال مهارتی مرا توسعه می‌دهد آگاه هستم؟
- با چه راههایی اعمال مختلف من در هنگام تعاملات پرستار و بیمار و در زمینه ابعاد بین فردی هماهنگ خواهد شد؟
- چنانچه قصد داشته باشم با ایجاد انگیزه در بیمار، سبب تسهیل درمان گردم با چه روشی باید اعمال خود را تغییر دهم؟

توسعه مهارتهای قانونی و اخلاقی

پرستارانی که نقش پرستاران را در تأمین کردن تندرستی و خوب بودن بیمار با ارزش قلمداد می‌نمایند نسبت به ابعاد قانونی و اخلاقی اعمال پرستاری حساس هستند. فصل ۶ و ۷ اجزاء ضروری صلاحیت‌های اخلاقی و قانونی را برای پرستاران توصیف نموده است. گرچه این صلاحیت‌ها می‌توانند سالها جزء مهارتهای حمایتی مؤثر از بیمار تلقی گردد و یک میانجی مؤثر در

پیشگیری از مشکلات اخلاقی است. در شروع پرستاری نیز پرستاران برای اجرای مهارتهای اساسی و ضروری اخلاقی مسئول هستند. یکی از وسیع‌ترین تلاشهایی که دانشجویان پرستاری با آن روبرو هستندایجاد تعادل در رقابت‌های مورد نیاز برای زندگی در منزل، دانشکده و بیمارستان یا اعمال پرستاری در عرصه‌های بالینی می‌باشد.

آموزش دادن به بیماری که فرد در قبال خودش و جامعه مسئول می‌باشد، یک فرایند و تلاش مداوم است. بررسی حس مسئولیت در خود در این راستا، یکی از مهمترین و قاطعانه‌ترین مسئولیت‌های حرفه‌ای پرستاران می‌باشد.

توسعه مسئولیت

پرستارانی که مراقبت بین فردی را بر عهده دارند خود را در قبال احساس خوب بودن بیمار که مراقبت خود را به پرستاران واگذار نموده است مسئول می‌دانند.

مسئول بودن در قبال نیازهای بهداشتی، درمان تک تک بیماران توسط توجه و حساسیت کافی امکان‌پذیر می‌باشد، این بدین معنی است که نگرانیهای من برای بیمار نسبت به هر چیز یکه در طول شیفت کاری اتفاق بیافتد ارجحیت داشته و من بایستی مطمئن باشم که هنگامی که بیمار را ترک می‌نمایم مراقبت‌ها ادامه خواهدداشت.

در سیستم‌های امروزی بطور روزافزون مراقبت محدود از بیمار انجام می‌شود و بیماران غالباً در شناسایی افرادی از مراقبت کنندگان که کاملاً موقعیت آنها را درک نماید و قادر باشد تلاشهای تیم مراقبتی درمانی را هماهنگ نماید ناتوان می‌باشند.

بیماران درتمام اوقات به افراد مسئول لایق اعتماد نموده و تیم مراقبتی بهداشتی نیز به آنها احتیاج دارد. مسئولیت پرستاران در مراقبت از بیمار در جملات زیر منعکس شده است:

- وسعت تعهد من در حفظ کردن سلامتی و خوب بودن انسانها چقدر است و آیا در اولویت کار مراقبت من قرار دارد؟
- آیا صدا و گفتار من در برطرف کردن نیازهای بیمار توسط اعضای دیگر تیم مراقبتی بهداشتی مؤثر است و بیمار احساس آرامش می‌نماید؟
- آیا افراد دیگر مراقبت کننده هنگامی که به دلواپسی‌های بیمار اشاره می‌نمایم به حرفهای من گوش می‌کنند تا توسط ثبت نتیجه بخش از بیمار حمایت شود؟
- مجموعه چه متغیرهایی (نسبت پرستار به بیمار، مهارتهای در هم آمیخته، در دسترس بودن منابع) نیاز است برای ما تغییر نماید تا بتوانیم به نیازهای بیمارانمان در حد کفایت رسیدگی نماییم و این نیازها را برطرف کنیم.
- به چه روشهایی من بایستی خودم را تغییر دهم تا بیمارم بتواند به واکنشهای مسئولانه من جهت برطرف کردن نیازهایش امیدوار باشد؟

پرستارانی که به ابعاد قانونی اعمال خود حساس هستندتوجه به توسعه مناسب حس مسئولیت اخلاقی و قانونی خود را دارند اعمال شایسته بهترین قانون خود محافظتی برای پرستاران قلمداد می‌شود.

پرستارانی که بدنبال توسعه صلاحیت‌های قانونی خود هستند ممکن است پرسیدن سؤالات زیر را سودمند تشخیص دهند:

- آیا من از حد ومرزهای قانونی آگاه هستم؟
- آیا من با خط مشی‌ها و اعمال مهارتی مقتضی انستیتو آشنا هستم؟
- آیا من نقاط قوت و ضعف پرسنلی خود را می‌شناسم و در صورت نیاز به دنبال کسب کمک هستم؟
- آیا من هرگز مراقب پذیرفتن اعمالی که آمادگی انجام آن را ندارم هستم؟
- آیا من فردی با ادب نسبت به بیمار هستم و از حقوق وی آگاهم؟
- آیا ثبت گزارشات من یک گزارش قانونی حمایت کننده از اعمال را مهیا می‌نماید؟

پرستاران بایستی در هنگام کار کردن و توسعه مسئولیت قانونی و اخلاقی خویش مشکل کمبودها و افراط در مراقبت‌های مسئولانه خویش را تشخیص دهند.

گرچه حفظ مسئولیت برای ارتقاءسلامتی و خوب‌بودن بیماران عقلانی است اما پرستاران ممکن است توسط استانداردهای غیر واقعی که به توسط خودشان تعیین شده خطا نموده و سبب تأثیرپذیری حس مسئولیت خودشان از این موضوع گردند.

همیشه جهت ایجاد یک تعادل مناسب بین مسئولیت خودپایی و مراقبت توسط دیگران تدبیر و دوراندشی یک امر ضروری است.

پرستاران بی‌تجربه ممکن‌است احساس‌نمایند که جهت تأثیر بر روی بیمار و دستیابی به پیامدهای مورد انتظار بطور کامل درمقابل‌بیمار مسئول‌هستند و چنانچه‌نتوانند پایه‌های مورد انتظار مناسب بیمار را طراحی کنند غمگین شده و احساس عجز کنند.

مذاکره راجع به این که مسئولیت منطقی انجام کدام کارها با ما و کدام کارها با دیگران است همیشه سودمند خواهد بود. نمونه‌ای از فعالیت‌های یادگیری در کادر ۵-۱۱ کاربرد یادگیری در انجام اعمال مراقبتی که همراه فصل می‌باشد موضوع مسئولیت را مورد بحث قرار داده است.

کادر ۵ـ۱۱. توسعه مهارتهای اخلاقی، قانونی

مسئولیت

توصیف

هدف از این تمرین پیگیری و روشن کردن حس مسئولیت می‌باشد شما بایستی جهت انعکاس چگونگی اعمال پرستاری روزانهٔ خود که نشان‌دهنده تعهد شما در ارتقاء سطح بهبودی و خوب بودن است تلاش نمایید. الگوهای فردی در پاسخ به نیازهای بشری و مسئولیت مراقبت کردن بایستی مورد بررسی و انتقاد قرارگیرد. می‌توانید از روشهای ایفاء نقش و اکتشافی جهت کسب تجربه تأثیر مراقبت مسئولانه و پیش‌بینی خدمات بیطرفانه استفاده نمایید.

اهداف

بر اساس نتایج حاصل از این مبحث قادر خواهید بود:

۱ـ توصیف نمایید، پاسخ متقابل شما با چه روشی به نیازهای بیمار حس خوب بودن را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد.

۲ـ بر روی مقدار مسئولیت خودتان و دیگر پرستاران در ارتباط با دستیابی به سطح بالای سلامتی تک تک بیماران بحث و گفتگو نمایید.

۳ـ راهی را توصیف نمایید که بواسطه آن خود را در قبال بیمارانتان، حرفه پرستاری و جامعه مسئول می‌نمایید.

فعالیتهای یادگیری

یک دانشجوی دیگر انتخاب کنید و تمرینات ۱ تا ۴ را با یکدیگر کار کنید با توصیف تجربیات مثبت و منفی مراقبتی خود و ترسیم موازی چگونگی احساس بیمار زمانی که معتقد است که مراقبت‌دهندگان می‌توانند نیازهای وی را تشخیص داده و پاسخ متقابل مناسب نشان دهند را تمرین کنید سپس یک فهرست از پرسنل را تهیه نموده و راجع به فهرست پرسنل، بیمار و مجموعهٔ متغیرهایی که سبب تسهیل یا اختلال در ارایه مراقبتی مسئولانه می‌گردد بحث نمایید.

عاقبت این که بر اساس سناریوی تهیه شده ایفاء نقش نمایید و بر روی چگونگی پاسخ متفاوت و تأثیر واکنش‌های پرستاری بر روی سطح خوب بودن بیمار بحث کنید.

در پایان بحث با استفاده از توسعه اهداف اعمالی که می‌تواند در ایجاد احساس مسئولیت در قبال خودتان، بیمارانتان، حرفه پرستاری و جامعه به شما کمک نماید خود را یاری نمایید.

تکلیف

اهداف

در ارتباط با تفاهم و پذیرش نیازهای بیمار و میزان مسئولیت‌مان در قبال سلامتی و خوب بودن بیمار بحث نموده و چگونگی ایجاد این مسئولیت را نقد نمایید.

تمرین اول

لحظه‌ای بازتاب تجربه اخیر خود را هنگامی که احساس آسیب‌پذیری داشتید در نظر بگیرید (مانند ایفاء مسئولیتی جدید، اولین تجربه بالینی، شغلی جدید، همسر جدید، والدین جدید، خرد شدن ماشین شما، خریدی بزرگ) با یکی از همکارانتان دستیابی به اهداف مورد انتظارتان را تقسیم کرده و سعی نمایید به این اهداف که بر روی حس خوب بودن شما تأثیر دارد برسید. در پرستاری نظیر یکدیگر عمل نمایید.

تمرین دوم

تمامی متغیرهای شخصی راکه شما را قادر می‌سازد مراقبتی مسئولانه از بیمارتان بعمل آورید (مانند این که شما بر سر کار باشید اما از نظر روحی و روانی مایل باشید برخی از مشکلات به منزل برگردید مانند مشکل داشتن با همسر و یا بچه بیمار) را فهرست نمایید.

متغیرهای منفی (شخصی)	متغیرهای مثبت (شخصی)

فهرست بعدی مجموعه تمامی متغیرهایی است که شما را قادر می‌سازد مراقبتی مسئولانه از بیمار خود داشته باشید (مانند واگذاری بیمار انتخاب شده جهت توسعه سطح مهارتهای شما، داشتن روحیه خوب در زمان ارایه خدمات و اشتیاق برای کار کردن با یکدیگر جهت دستیابی به مجموعه نیازهای بیمار) و همچنین موانعی راکه سبب عدم توانایی شما در این مراقبت می‌گردد نیز فهرست گردد (مانند واگذاری دانشجو به شکل غیر واقعی، بکار گرفتن تعداد کم پرسنل در نتیجه عدم توانایی نظارت مستقیم بر دانشجو در مدت زمان مناسب، ایجاد این احساس در پرسنل تیم مراقبتی موسسه که مدیریت در موسسه رها شده و مدتها است فردی به کیفیت مراقبت توجه ندارد و انتهای این خط همیشه توجه به پول است).

مجموعه متغیرهای منفی	مجموعه متغیرهای مثبت

در انتها متغیرهای مثبت و منفی بیمار راکه بر روی توانایی و اشتیاق شما در ارایه مراقبتی مسئولانه تأثیر دارد را فهرست نمایید (مانند این که بیمار مرتباً مراقب من است، بیمار بشاش وخوشحال است و نیاز کمی دارد، بیمار جهت بهبودی کامل پتانسیل قوی دارد، یا بیمار خانه ندارد و در به در است و یا تاریخچه‌ای از سوء استفاده از خود دارد).

کاربرد یادگیری در اعمال

متغیرهای منفی (بیمار)	متغیرهای مثبت (بیمار)

درباره چگونگی اشاره طرح خود به متغیرهای منفی که سبب عدم توانایی شما در ارایه مراقبتی مسئولانه از بیمار می‌گردد صحبت کنید. آیا این متغیرها مربوط به خود شما می‌شوند یا این که مربوط به عواملی دیگر از قبیل بیماران شما، حرفه پرستاری و جامعه نیز می‌گردد.

کادر ۵ـ۱۱. (ادامه)

تمرین سوم

بر اساس سناریوهای زیر ایفاء نقش نمایید و در ارتباط با چگونگی پاسخ‌های متقابل پرستار بحث کنید (یا ناتوان و عجز در پاسخ) این کار را برای تأثیرات مشابه بیمار نیز انجام دهید درباره این که چنانچه پرستاران در واحد خود در چنین موقعیتهایی قرار گیرند فکر کنید و در ارتباط پاسخ متقابل آنان در برخورد با این موقعیتها بحث نمایید سپس اظهار کنیدکه به نظر شما واکنش و پاسخ آنها به این موقعیتها چگونه باید باشد و چنانچه با تفکر شما متفاوت است بحث کنید چرا؟ این موضوع می‌تواند مفید باشد.

۱ـ شما به فشار خونی که از یک فرد پیر مقیم در کلینیک بیماران پیر کنترل کرده‌اید مشکوک هستید و فکر می‌کنیدکه بیمار داروهایش را به اندازهٔ کافی مصرف نکرده است و یا جنبه‌های دیگر طرح‌های درمانی اجرا نشده است. «من فکر می‌کنم داروها را مصرف کردم اما گاهی اوقات فراموش می‌کردم» کلینیک با تعداد کمی پرسنل پرستاری اداره می‌شود و شما می‌بینید که تعداد زیادی بیمار دارید که بعضی از آنها بیشتر از یکساعت منتظر می‌مانند.

۲ـ شما به رزیدنت کشیک اطلاع می‌دهیدکه داروی ضد دردی راکه یک خانم مبتلا به سرطان متاستاتیک دریافت کرده است ناکافی است و او به شما می‌گوید که داروی مصرف شده مقداری هم بیشتر از غلظت مجاز و کافی بوده است.

۳ـ پرستار دیگری به شما می‌گوید که اعمال وی کاملاً خنثی شده و بی‌نتیجه مانده است زیرا دکتر براکستون بدلیل احتمال افسرده شدن بیمار از صحبت کردن با وی در ارتباط با مزایای مستقیم امتناع می‌ورزد شما نیز هم عقیده با پرستار هستید که بیمار می‌خواهد در تصمیم‌گیری‌ها شرکت نماید و خیلی احتمال دارد که او توانایی خویش را به زودی از دست بدهد.

۴ـ شما یک بیمار مرد ۳۲ ساله مبتلا به بیماری ایدز راکه در مراحل انتهایی بیماری قرار گرفته است را در منزل ملاقات می‌کنید و به شما می‌گوید که از مبارزه خسته شده و دیگر پولی ندارد و نمی‌خواهد مدت بیشتری را با دوستش باشد. او از شما می‌پرسد که چگونه می‌تواند به زندگیش خاتمه دهد.

تمرین چهارم

هر کدام از ۴ موقعیت بالا را مرور نمایید و با همکارانتان راجع به قانون و مسئول بودن بحث نمایید برای حمایت قانونی خود چه توصیه‌هایی می‌کنید.

تمرین پنجم

نام یکی از اعمالی راکه تصمیم گرفته‌اید در نتیجه این بحث‌ها تغییر دهید مشخص کنید.

گزارش اعمال فاقد صلاحیت، غیرقانونی و غیراخلاقی

هر مؤسسه خدماتی یا سرویس مهیا کننده خدمات، پرستار را نسبت به گزارش فرآیند خدمات و انجام اعمال فردی یا تیمی که اعمال می‌گردد جهت پیشگیری از مخاطره افتادن سلامتی یا ایمنی بیمار لازم و متعهد می‌داند. قوانین انجمن ملی پرستاری آمریکا برای تعهد و الزام اخلاقی پرستاران و هدایت حرفه‌ای آنها اعمال فاقد صلاحیت، غیر اخلاقی و غیر قانونی را گزارش و منعکس می‌نماید. برای پرستاران اعمال فاقد صلاحیت با استانداردهای پرستاری مقیاس می‌شود همچنین اعمال غیر اخلاقی با مجموعه قوانین اخلاقی حرفه‌ای ارزشیابی شده و اعمال غیر قانونی در طبقه‌بندی واژه تخلف از قانون قرار می‌گیرد. پارامترها جهت ارزشیابی عبارتند از:

- پارامترهای صلاحیت در اعمال پرستاری: تعیین و تنظیم اعمال پرستاری و وسعت اعمال پرستاری، تعیین استانداردها و دیگر راهبردها و پروتکل‌های اعمال پرستاری
- پارامترهای اخلاقی اعمال پرستاری: مجموعه قوانین اخلاقی حرفه‌ای
- پارامترهای قانونی در اعمال پرستاری: ارتقاء سلامتی توسط قوانین فدرال و ایالتی، قوانین دارویی ایمنی کار و استانداردهای اجراء و تنظیم بهداشت، قوانین بیماریهای عفونی و واگیر و ثبت گزارشات طبی، قوانین محیطی، راهبردهای لازم مرکز کنترل و پیشگیری از بیماریها، قوانین ضد تبعیض، خدمات تسهیلی، بهبودی اعمال کلینیکی و قوانین منظم کننده جکائو (انجمن ملی پرستاری امریکا، ۱۹۹۴).

اعتراضات به کارمندانی اشاره دارد که کارفرماهای آنها از قوانین اجرایی خارج از محیط کار تخلف می‌نمایند. ذکر عدم کفایت قوانین جاری می‌تواند از معترضین حمایت نماید. انجمن پرستاران آمریکا احتیاطهای زیر را پیشنهاد می‌نماید به دلیل محدودیت‌هایی در قوانین جاری پرستاران بایستی سنجیده عمل نمایند زیرا ممکن است برای گزارش اعمال فاقد صلاحیت غیراخلاقی یا غیر قانونی کارفرماها حمایت نشوند (انجمن پرستاران آمریکا، ۱۹۹۴)

بیشتر پرستاران و سازمانهای پرستاری جهت ایجاد ایمنی ایالتی و فدرال برای حمایت قانونی از معترضان تلاش می‌نمایند.

تفکر انتقادی و استدلالهای بالینی

مردمی که می‌خواهند به نتایج مطلوبی دست یابند از مهارتهای تفکر انتقادی بطور شفاف و متمرکز استفاده می‌کنند. من می‌توانم دربارهٔ این که روزم را چگونه بگذرانم تفکری انتقادی در ارتباط با چالشهای پیش رو داشته باشم بطور مثال یافتن شریکی برای زندگی، گذراندن یک امتحان معتبر یا چگونه رئیس شدن!

تفکر انتقادی در استدلالهای منطقی بالینی و قضاوت در اعمال پرستاری زیر کاربرد دارد:

- تفکری هدفمند، مشخص، متمرکز بر روی اهداف قابل انتظار (آگاهی از نتایج) که نیازمند تعیین مشکلات کلیدی، خط مشی و عوامل خطرزا می‌باشد.
- بدست آمده با همکاری بیمار، اقوام و نیازهای جامعه
- بر اساس اصول فرآیند پرستاری و روشهای علمی (مانند قضاوت بر اساس شهود تا حدس و گمان)
- استفاده از درک مستقیم و منطقی بر پایه مهارتها، دانش و تجربیات
- راهنمایی شده توسط استانداردهای حرفه‌ای و مجموعه راهبردهای اخلاقی
- نیازمند استراتژیهایی که از توانایی بالقوه انسانی استفاده گردد (مانند استفاده از توانایی‌های فردی) و غلبه بر مشکلاتی که توسط ماهیت انسانی مددجو ایجاد می‌گردد (مانند غلبه قدرت، نفوذ شخصیت)
- ارزشیابی مداوم، اصلاح خود و سخت کوشی جهت بهبودی (آلفارو، ۲۰۰۴ صفحه ۵۷)

هر یک از فصلهای فرایند پرستاری در این کتاب قسمتی را مشخص نموده که نوعی ضروری از تفکر انتقادی است و اجراء مراحل فرآیند پرستاری را جهت موفقیت تعقیب می‌نماید.

شاخصهای تفکر انتقادی

آلفارو لنیوره در سال ۲۰۰۴ فهرست کامل و دقیقی را در ارتباط با شاخصهای تفکر انتقادی که بر پایه و اساس توصیف شهودی رفتارها است را فهرست نموده، که نشان‌دهنده دانش و مهارتهایی است در جهت ارتقاء تفکر انتقادی در اعمال بالینی (به کادر ۱۱-۶ توجه نمایید). چنانچه شما جهت توسعه مهارتهای تفکر انتقادی نیاز مبرم برای اعمال حرفه‌ای دارید اکنون بهترین زمان برای نشستن با فردی است که دقیقاً می‌داند شما نیاز به چه خصیصه‌هایی برای دستیابی به تفکری انتقادی و انجام کارهایتان دارید. یک راه آن پرسیدن این سؤالات در ارتباط با خصیصه‌های اختصاصی است.

۱ـ از جدول مقیاسی ۱ تا ۷ (تقریباً هرگز و ۷ همیشه) استفاده نموده و مشخص نمایید در ارتقاء تفکر انتقادی من چه امتیازی می‌گیرم؟

۲ـ فکر کنید راجع به زمانی که این خصیصه‌ها را نشان می‌دهد یا نشان نمی‌دهید. چه نتیجه‌ای از این موقعیتها می‌گیرید.

این امر مفید خواهد بود که ببیند شما و دیگران از ارزشیابی خصیصه‌های خودتان جهت نتیجه‌گیری و دستیابی به نقاط قوت و ضعف در این حیطه و بهبودی این خصایص چه کاری انجام می‌دهید.

راه دیگر استفاده از این فهرست تلاش جهت تعیین مقایسه و توصیف دقیق کلاس شما با این فهرست می‌باشد. بطور متغیر شما می‌توانید با گروههای مختلف خودتان را مقایسه کنید برای مثال به عنوان یک قاعده کدام خصیصه‌ها که پرستاران در اعمالشان به عنوان یک گروه و پزشکان به عنوان گروهی دیگر از خودشان نشان می‌دهند.

همان طوری که شما تمرینات بالینی را شروع می‌کنید می‌توانید با استفاده از شاخصهای رفتاری تفکر انتقادی که نشان‌دهنده دانش و مهارتهای هوشی شما است را در بهبود اعمال حرفه‌ای‌تان نقد و بررسی کنید.

نقشه کشی مفهومی

نقشه کشی مفهومی یک خط مشی آموزشی است که نیاز دارد فراگیران نمایش گرافیکی و اتصال آن را به مفاهیم کلیدی مشخص نمایند. نقشه‌های مفهومی، نقشه‌های شناختی، نقشه‌های فکری و نقشه‌های مافوق شناختی نیز نامیده می‌شوند. این ابزاری است برای یادگیری که ثابت شده (۲۰۰۲) فردی است که نقشه کش مفهومی را به عنوان یک دیدگاه در برنامه مراقبتی توصیه نموده است. وی می‌نویسد: مهمترین ایده این است که باید در مدت برنامه‌ریزی بالینی بین تشخیصهای پزشکی و پرستاری و تمامی اطلاعات کلینیکی موجود ارتباط برقرار باشد. نقشهٔ برنامه مراقبتی می‌تواند جهت ارتقاء تفکر انتقادی در ارتباط با مشکلات بیمار و مسائل درمانی وی مورد استفاده قرار گیرد. شما می‌توانید توسط نقشه مفهومی تشخیصها و اطلاعات بالینی دانسته‌های خود را دربارهٔ مراقبت از بیمار و اطلاعات بیشتری که جهت مراقبت پرستاری مؤثر نیاز دارید را ارزشیابی نمایید.

نقشهٔ بصری مرتبط کننده ارتباط تشخیصها به شما و اعضاء هیئت علمی بالینی اجازه می‌دهد نظرتان را با یکدیگر در میان بگذارید. همچنین به شما اجازه می‌دهد تا اهداف فراموش شده و اطلاعات مرتبط با آن را تشخیص داده بنابرای توصیه می‌نماییم در این ارتباط بیشتر بیاموزید (صفحه ۳).

مراحل تعیین نقشه برنامه مراقبتی عبارتست از:

۱ـ توسعه چهارچوب یک نمودار پایه
۲ـ تجزیه و طبقه‌بندی اطلاعات
۳ـ تجزیه وتحلیل تشخیصهای پرستاری مرتبط
۴ـ تعیین اهداف، برآیند مورد انتظار و مداخلات
۵ـ ارزشیابی پاسخ‌های متقابل بیمار

کادر ۶ـ۱۱. شاخصهای تفکر انتقادی: رفتارهای نشان‌دهنده مهارتهای هوشی و شناختی

دانش

نیازمندیهای مختلف وابسته به زمینه (بطور مثال تمرینات ویژه)

طبقه‌بندی‌ها:

- ☐ واژه‌شناسی پرستاری و پزشکی
- ☐ مدلهای مراقبتی پزشکی و پرستاری و مدلهای دیگر ایفاء نقش و وظایف
- ☐ نشانه‌ها و سیمپتومهای مشکلات شایع و عوارض آنها
- ☐ آناتومی، فیزیولوژی و فیزیوپاتولوژی وابسته
- ☐ عملکرد طبیعی و غیر طبیعی (حیاتی، روانی اجتماعی، فرهنگی، معنوی)
- ☐ عوامل تسهیل کننده یا جلوگیری کننده از عملکرد مناسب (حیاتی، روانی، اجتماعی، فرهنگی، معنوی)
- ☐ در ارتباط با داروشناسی (عملکرد، کاربرد، عوارض جانبی، اعمال پرستاری)
- ☐ دلایل مداخلات و مطالعات تشخیصی
- ☐ رشد و تکامل طبیعی و غیر طبیعی
- ☐ فرآیند پرستاری، تئوریهای پرستاری و اصول پژوهش
- ☐ استانداردهای کاربردی، قوانین، اعمال تمرینی
- ☐ خط مشی‌ها و پروسیجرها و دلایل آنها
- ☐ اصول قانونی و اخلاقی
- ☐ مفاهیم معنوی، اجتماعی و فرهنگی
- ☐ منابع اطلاعاتی را کجا می‌توان یافت.

شرح دادن

- ☐ تمرکز بر روی مهارتهای ارزیابی پرستاری (مانند صداهای تنفسی یا ارزیابی مکان تزریق وریدی)
- ☐ مهارتهای تکنیکی وابسته (مانند مدیریت تجهیزات)

طبقه‌بندی‌ها:

- ☐ نیازها، اعتقادات، ارزیابیهای شخصی
- ☐ تفکر، شخصیت و روش یادگیری ارجح که ممکن است با دیگر راهها متفاوت باشد چگونه است؟
- ☐ ارزشها و دعوتهای سازماندهی شده

مهارتهای هوشی، صلاحیتها

فرآیند پرستاری و مهارتهای تصمیم گیری

- ☐ کاربرد اصول و استانداردها در زمان برنامه‌ریزی ارایه خدمات مراقبتی و تطابق
- ☐ ارزیابی سیستماتیک و جامع، استفاده از چهارچوب پرستاری جهت تعیین دغدغه‌ها پرستاری استفاده از چهارچوب سیستمهای بدن جهت تعیین دغدغه‌های طبی
- ☐ آشکار کردن تعصبات، تعیین اعتبار منابع اطلاعاتی
- ☐ تعیین اختلاف بین طبیعی از غیر طبیعی، تعیین عوامل خطرزا برای بروز پدیده‌های غیر طبیعی
- ☐ تعیین اهمیت اطلاعات، تعیین اختلاف بین مرتبط و غیر مرتبط، ارتباط دادن خوشه‌ای اطلاعات به یکدیگر
- ☐ تعیین فرضیات و تناقضات، کنترل دقت و اطمینان، مشخص کردن اطلاعات فراموش شده، تمرکز زارزیابی به عنوان شاخصی مهم
- ☐ نتایج چیزهای را که می‌دانیم و چیزهایی را که نمی‌دانیم، نتیجه گیری بر اساس دلایل منطقی و قضاوت، ارایه شواهد جهت حمایت از تصمیمها
- ☐ تعیین مشکلات و مشخص کردن علل آن و عوامل وابسته شامل بیمار و اقوام وی
- ☐ در نظر گرفتن چندین توضیح و راه حل
- ☐ تعیین اهداف قابل انتظار فردی، تمرکز بر روی نتایج
- ☐ ادارهٔ عوارض مشهود، عوامل خطرزا، ارتقاء سلامتی، عملکرد و خوب بودن پیش‌بینی نتایج و کاربردها: برنامه‌های منطبق
- ☐ تعیین اولویتها و تصمیم‌گیری در زمان مناسب، شامل کلیدهای حل مشکل و تصمیم‌گیری
- ☐ سنجش منافع و عوامل خطرزا، مداخلات فردی
- ☐ ارزیابی پاسخ متقابل بیمار و کنترل و نظارت بر نتایج (برآیندهای مورد انتظار)
- ☐ برقراری ارتباط مؤثر کتبی و شفاهی
- ☐ تعیین خط مشی اخلاقی و انجام اعمال مقتضی
- ☐ تعیین و استفاده از اطلاعات و تکنولوژی و منابع انسانی

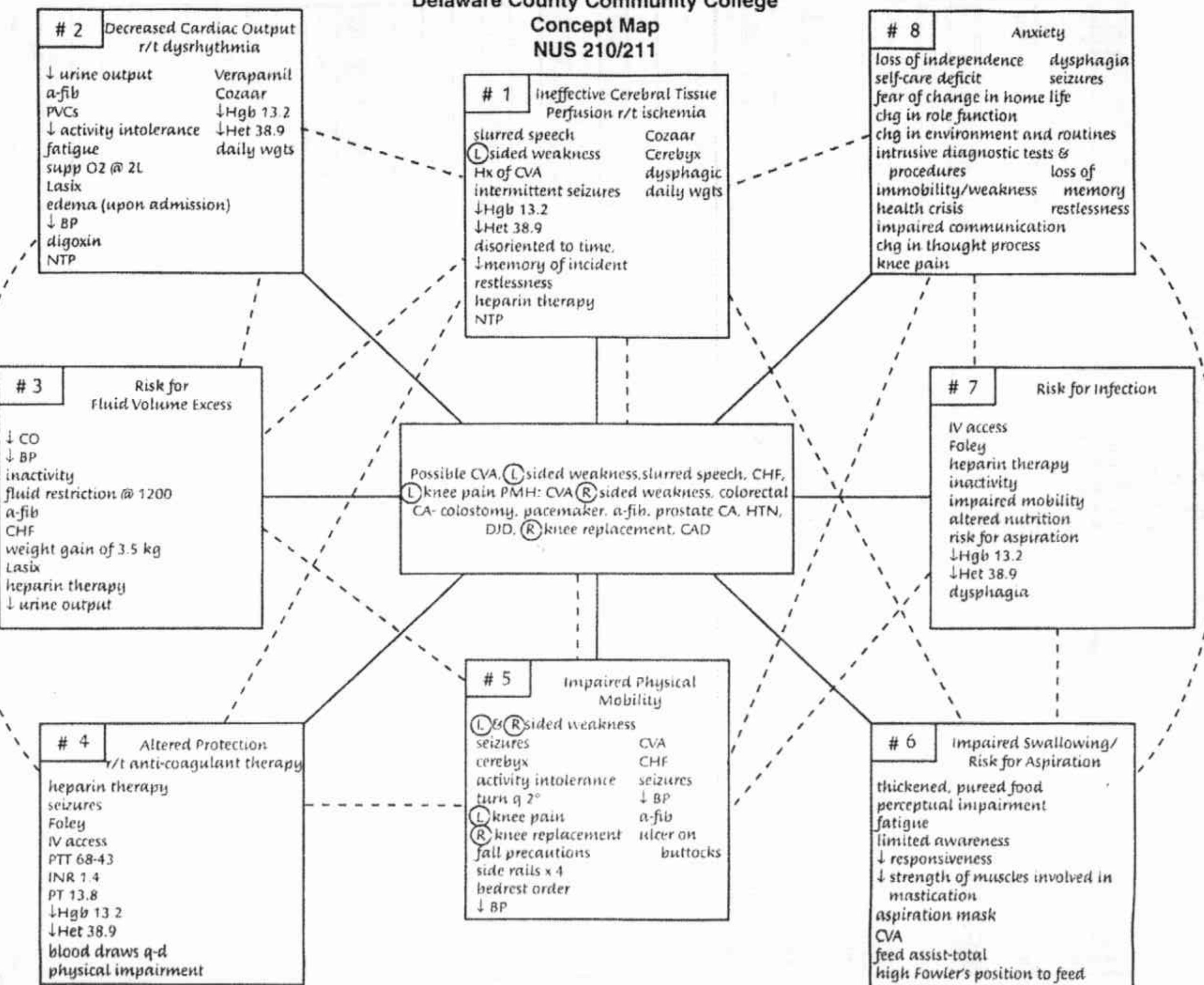
مهارتهای اضافی وابسته

- ☐ اختیار دادن به بیمار جهت شرکت بیماران، اقوام و همکاران در مراقبت
- ☐ آموزش به بیماران و دیگران و خود
- ☐ عبور از تغییر و تسهیلات
- ☐ سازماندهی و اداره زمان و محیط
- ☐ تسهیلات کار تیمی (تمرکز بر روی اهداف مشترک، کمک و تشویق دیگران به شرکت در راه خویش)
- ☐ دادن و گرفتن انتقاد سودمند و مثبت
- ☐ وکیلی مقتضی، راهبردی و ایجاد انگیزه در دیگران
- ☐ نمایش تفکری سیستمی (نمایش آگاهی از چگونگی ارتباط متقابل تیمهای مراقبتی بهداشتی با بیماران و درون خود تیم).

مثالهایی از نقشه‌های مفهومی آماده شده بوسیله یک دانشجو در کالج دلاور کانتی با اطلاعات اساسی مرتبط با لیست مشکلات بیمار در شکل ۱۱ـ۵ نشان داده شده است.

ارزیابی مهارتهای ترکیبی و تفکر انتقادی

پرستارانی که خالصانه مراقبتی با کیفیت بالا ارایه می‌دهند خیلی زودمی‌آموزند که ارزشیابی از خود جزئی مکمل از اعمال پرستاری آنان می‌باشد مهارتهای ارزشیابی از خود سبب ارتقاء توسعه حرفه‌ای، افزایش اعتماد به نفس و کمک به خود آگاهی می‌گردد.


Delaware County Community College
Concept Map
NUS 210/211
1 Ineffective Cerebral Tissue Perfusion r/t ischemia
slurred speech
(L) sided weakness
Hx of CVA
intermittent seizures
↓Hgb 13.2
↓Hct 38.9
disoriented to time.
↓memory of incident
restlessness
heparin therapy
NTP
Cozaar
Cerebyx
dysphagic
daily wgts
2 Decreased Cardiac Output r/t dysrhythmia
↓ urine output
a-fib
PVCs
↓ activity intolerance
fatigue
supp O2 @ 2L
Lasix
edema (upon admission)
↓ BP
digoxin
NTP
Verapamil
Cozaar
↓Hgb 13.2
↓Hct 38.9
daily wgts
3 Risk for Fluid Volume Excess
↓ CO
↓ BP
inactivity
fluid restriction @ 1200
a-fib
CHF
weight gain of 3.5 kg
Lasix
heparin therapy
↓ urine output
4 Altered Protection r/t anti-coagulant therapy
heparin therapy
seizures
Foley
IV access
PTT 68-43
INR 1.4
PT 13.8
↓Hgb 13.2
↓Hct 38.9
blood draws q-d
physical impairment
5 Impaired Physical Mobility
(L) & (R) sided weakness
seizures
cerebyx
activity intolerance
turn q 2°
(L) knee pain
(R) knee replacement
fall precautions
side rails x 4
bedrest order
↓ BP
CVA
CHF
seizures
↓ BP
a-fib
ulcer on buttocks
6 Impaired Swallowing/ Risk for Aspiration
thickened, pureed food
perceptual impairment
fatigue
limited awareness
↓ responsiveness
↓ strength of muscles involved in mastication
aspiration mask
CVA
feed assist-total
high Fowler's position to feed
7 Risk for Infection
IV access
Foley
heparin therapy
inactivity
impaired mobility
altered nutrition
risk for aspiration
↓Hgb 13.2
↓Hct 38.9
dysphagia
8 Anxiety
loss of independence
self-care deficit
fear of change in home life
chg in role function
chg in environment and routines
intrusive diagnostic tests & procedures
immobility/weakness
health crisis
impaired communication
chg in thought process
knee pain
dysphagia
seizures
loss of memory
restlessness
Possible CVA, (L) sided weakness, slurred speech, CHF, (L) knee pain PMH: CVA (R) sided weakness, colorectal CA- colostomy, pacemaker, a-fib, prostate CA, HTN, DJD, (R) knee replacement, CAD

شکل ۵-۱۱

Delaware County Community College
NUS 210/211
Patient Database

Date of Care	Patient Initials	Age	Growth & Development	Sex	Adm date
2—27—06	DR	79	Ego Integrity vs Despair	M	2—24—06

Medical Diagnosis/Surgical Procedure: Possible CVA (L) sided weakness, slurred speech, CHF, (L) knee pain

Past Medical History: CVA (R) sided weakness, colorectal CA—colostomy, pacemaker, A-fib, prostate CA, HTN, DJD, (R) knee replacement, CAD

Smoking yes (no)	Alcohol yes (no)
Religious Preference: Protestant	**Marital Status:** Widower
Health Care Insurance: Keystone 65	**Occupation:** Retired
Living Will yes (no)	Do Not Rescucitate yes (no)

Name of Medication	Why is patient taking this medication?
IV Heparin 24 cc/hr /raised to 28 cc/hr per PTT protocol	anti-coagulant -prevention of thrombi (a-fib)
K-DUR 20 meQ qd	potassium supplement (K 3.5)
Lasix 40 mg po qd	diuretic - treat CHF/edema upon admission
Digoxin 0.25 mg po qd	to treat a-fib. ↑ CO
Verapamil SR 120 mg qd	calcium channel blocker, treat dysrhythmia (a-fib)
NTP 1" q 6° to chest wall	coronary dilator, ↑ blood flow, treat CHF ↓ BP
Protonix 40 mg qd	suppress gastric acid
Cozaar 50 mg & Het 212.5 mg qd	blocks angiotension II acts to vasodilate & ↓ BP
Cerebyx 1000 mg IV @ 10 cc/hr	anti-convulsant: treat seizures

Lab Value	On adm	Current	Why abnormal	Lab Value	On adm	Current	Why abnormal
WBS	8.6	9.2	WNL	Na	128	NOT DONE	WNL
Hemoglobin	14.1	13.2↓	heparin, ↓nutrition	K	3.5	-	WNL (but K supp administered)
Hematocrit	42.2	38.9↓	heparin, ↓nutrition	Cr	1.2	-	WNL
Platelets	233	232	WNL	BUN	11	-	WNL
PT	13.8	—	WNL	Blood Glucose	114	-	WNL
INR	1.4	—		ABG	NOT DONE		
PTT	68	43↓	heparin therapy	Other Mg	1.9	-	WNL
Troponin	<0.5	—	WNL	Other CA	8.5	-	WNL
CPK	47	—	WNL	Other Dig	1.4	-	WNL

CXR ✓ shows CHF	EKG ✓ A-fib	Echocardiogram —
Other CT-scan (−) No Δ : bleed (x2)	Other	

شکل ۵ـ۱۱ (ادامه)

Pulse Ox q shift – > 90% (on 2L NC)

No neuro checks ordered

Turn q 2•

Type: Pureed, ↓NA 2 gm	Restrictions: thickened only 1200cc po fluid	Appetite: Good
Difficulty Swallowing: (yes) no	Assist with Feeds: (yes) no	

IV solution & rate: Heparin 28cc/hr	Type of IV access: Peri	Site condition: Ø swelling, Ø redness
24 hr intake: 1460	24 hr output: 1000	Balance: +460
5 hr intake: 480	5 hr output: 250	Balance: +230
Weight: 86.2 kg admin: 89.7 kg	Amount of gain or loss: +3.5 kg	

Continent:	Bladder: (yes) no	Bowel: (yes) no
Foley: (yes) no	Urine color: dark amber	Last BM: 2/27/06

Activity Order: Bedrest	Gait: N/A	Use of Assistive Devices: N/A
Risk for Falls: (yes) no	Weakness: (yes) no	Restraints: yes (no)

	BP 112/60	P 66	R 16	T 97° SAO₂ 99%
Any additional vs 1200	94/60	70	18	97° (AX) SAO₂ 99%

2/27/06 0800. Rec'd pt sleeping– responsive to verbal stimuli. Pt is oriented to person, place only. Responds slowly c̄ one word answers or head motion. Heparin infusion running at 24 cc/hr s̄ incident IV site #11 shows ↓ swelling and ↓ redness. Pt denies pain. VS BP 112/60, T 97+(0); P66, R16, Pt on 2L O_2 via nc, SAO_2 @ 99%. Pt has colostomy bag - no BM present. Foley draining c̄ dark amber urine. Pt's lungs are clear but decreased in bases. BS(+), Radial and DI pulses palpable +2. Skin warm and dry. Rash evident on face– pt picks and scratches at face especially nose and mouth frequently. Inspected nose and mouth, both clear c̄ no evidence of inflammation or sores. Pt weak in both LE and upper extremities, limited mvmt. Pt grimaces upon manipulation or mvmt of (L) knee. (R) arm spasms frequently– subsides c̄ touch. Pt dozes on & off but responsive to verbal stimuli. Pt has duoderm on (L) buttock - unable to inspect wound. Complete bed bath given c̄ mouthcare, pt tolerated well. Capillary refill brisk. ↓ edema present. PEARL; heart sounds S_1 S_2 c̄ murmur ———————— JM DCCCSN

شکل ۵ـ۱۱ (ادامه)

Delaware County Community College
NUS 210/211
Patient Database

Admission Information			Student Name: JANET HECK		
Date of Care 2—27—06	Patient Initials DR	Age 79	Growth & Development Ego Integrity vs Despair	Sex M	Adm date 2—24—06

Medical Diagnosis/Surgical Procedure:
Possible CVA Ⓛ sided weakness, slurred speech, CHF, Ⓛ knee pain

Past Medical History: CVA Ⓡ sided weakness, colorectal CA—colostomy, pacemaker, A-fib, prostate CA, HTN, DJD, Ⓡ knee replacement, CAD

Psychosocial History	Smoking yes (no)	Alcohol yes (no)
Religious Preference: Protestant	Marital Status: Widower	
Health Care Insurance: Keystone 65	Occupation: Retired	
Advanced Directives	Living Will yes (no)	Do Not Rescucitate yes (no)

Medications:	Allergies: NKA
Name of Medication	**Why is patient taking this medication?**
IV Heparin 24 cc/hr /raised to 28 cc/hr per PTT protocol	anti-coagulant -prevention of thrombi (a-fib)
K-DUR 20 meQ qd	potassium supplement (K 3.5)
Lasix 40 mg po qd	diuretic - treat CHF/edema upon admission
Digoxin 0.25 mg po qd	to treat a-fib, ↑ CO
Verapamil SR 120 mg qd	calcium channel blocker, treat dysrhythmia (a-fib)
NTP 1" q 6° to chest wall	coronary dilator, ↑ blood flow, treat CHF ↓ BP
Protonix 40 mg qd	suppress gastric acid
Cozaar 50 mg & Het 212.5 mg qd	blocks angiotension II acts to vasodilate & ↓ BP
Cerebyx 1000 mg IV @ 10 cc/hr	anti-convulsant; treat seizures

Laboratory Data

Lab Value	On adm	Current	Why abnormal	Lab Value	On adm	Current	Why abnormal
WBS	8.6	9.2	WNL	Na	128	NOT DONE	WNL
Hemoglobin	14.1	13.2↓	heparin, ↓nutrition	K	3.5	"	WNL (but K supp administered)
Hematocrit	42.2	38.9↓	heparin, ↓nutrition	Cr	1.2	"	WNL
Platelets	233	232	WNL	BUN	11	"	WNL
PT	13.8	—	WNL	Blood Glucose	114	"	WNL
INR	1.4	—		ABG	NOT DONE		
PTT	68	43↓	heparin therapy	Other Mg	1.9	"	WNL
Troponin	<0.5	—	WNL	Other CA	8.5	"	WNL
CPK	47	—	WNL	Other Dig	1.4	"	WNL

Diagnostic Tests

CXR ✓ shows CHF	EKG ✓ A-fib	Echocardiogram —
Other CT-scan ⊝ No Δ : bleed (x2)	Other	

شکل ۵ـ۱۱ (ادامه)

Treatments:	Daily wgts
	Pulse Ox q shift – > 90% (on 2L NC)
	No neuro checks ordered
	Turn q 2•

Diet

Type: Pureed, ↓NA 2 gm	**Restrictions:** thickened only 1200cc po fluid	**Appetite:** Good
Difficulty Swallowing: (yes) no	**Assist with Feeds:** (yes) no	

Fluid Status

IV solution & rate: Heparin 28cc/hr	**Type of IV access:** Peri	**Site condition:** Ø swelling, Ø redness
24 hr intake: 1460	**24 hr output:** 1000	**Balance:** +460
5 hr intake: 480	**5 hr output:** 250	**Balance:** +230
Weight: 86.2 kg admin; 89.7 kg	**Amount of gain or loss:** +3.5 kg	

Elimination

Continent:	**Bladder:** (yes) no	**Bowel:** (yes) no
Foley: (yes) no	**Urine color:** dark amber	**Last BM:** 2/27/06

Activity

Activity Order: Bedrest	**Gait:** N/A	**Use of Assistive Devices:** N/A
Risk for Falls: (yes) no	**Weakness:** (yes) no	**Restraints:** yes (no)

Vital Signs 8 am	**BP** 112/60	**P** 66	**R** 16	**T** 97° SAO2 99%
Any additional vs 1200	94/60	70	18	97° (AX) SAO2 99%

Narrative Assessment Notes for Clinical Day:

2/27/06 0800. Rec'd pt sleeping– responsive to verbal stimuli. Pt is oriented to person, place only. Responds slowly c̄ one word answers or head motion. Heparin infusion running at 24 cc/hr s̄ incident IV site #11 shows ↓ swelling and ↓ redness. Pt denies pain. VS BP 112/60, T 97+(0); P66, R16, Pt on 2L O_2 via nc, SAO_2 @ 99%. Pt has colostomy bag - no BM present. Foley draining c̄ dark amber urine. Pt's lungs are clear but decreased in bases. BS(+). Radial and DI pulses palpable +2. Skin warm and dry. Rash evident on face– pt picks and scratches at face especially nose and mouth frequently. Inspected nose and mouth, both clear c̄ no evidence of inflammation or sores. Pt weak in both LE and upper extremities, limited mvmt. Pt grimaces upon manipulation or mvmt of (L) knee. (R) arm spasms frequently– subsides c̄ touch. Pt dozes on & off but responsive to verbal stimuli. Pt has duoderm on (L) buttock - unable to inspect wound. Complete bed bath given c̄ mouthcare, pt tolerated well. Capillary refill brisk. ↓ edema present. PEARL; heart sounds S_1 S_2 c̄ murmur ———————— JM DCCCSN

شکل ۵ـ۱۱ (ادامه)

Delaware County Community College Concept Map Care Plan

Problem #1 Ineffective Cerebral Tissue Perfusion r/t ischemia (thrombosis)
Short-term Goal: Cerebral perfusion pressure will be maintained during hospital stay.
Long-term Goal: Pt will participate in rehabilitation exercises to regain optimal strength in (L) extremities.

Nursing Interventions:	Patient's Response:
1. Monitor VS q 4°, check pupils	1. BP 112/60, T97°, P66, RR16, PEARL @ 0800
2. Monitor I & O strict q shift.	2. BP 94/60, T97°, P70, RR18, PEARL @ 1200
3. Monitor pulse Ox q shift	3. Pt on restricted 1200cc fluids po, 5 hr intake=480, SAO_2 99% on 2L NC.
4. Keep head of bed 30° or lower (except when feeding)	4. Pt responsive to verbal stimuli, oriented to person & place.
5. Cluster activities to ↓ ICP.	5. Pt tolerated assessment, bath and feeding before tiring.
6. Administer heparin infusion.	6. Pts PTT 68 to 43.

Summarize your impressions of patient progress towards goals: Pt displays Ø worsening of symptoms of reduced of cerebral perfusion. Continue interventions.

Problem #2 Decreased Cardiac Output r/t dysrhythmia
Short-term Goal: Pt will maintain optimally compensated cardiac output evidenced by clear lung sounds, Ø SOB, increased urine output on ↑activity tolerance while hospitalized.
Long-term Goal: Pt will comply c̄ medication regimen to maintain optimal cardiac output after discharge.

Nursing Interventions:	Patient's Response:
1. Assess rate & quality of apical & peripheral pulses	1. Pulses palpable +2, apical rate S_1S_2 c̄ murmur; Ø pulse deficit.
2. Assess BP q 4°	2. BP 112/60 @ 0800, 94/80 @ 1200.
3. Assess lung sounds q 2°	3. Lungs clear but decreased in bases bilaterally.
4. Assess urine output.	4. Urine output 50 cc/hr (250 in 5 hrs)
5. Assess SAO_2.	5. Pt SAO_2 99% c̄ 2L O_2 via nc.
6. Weigh pt daily.	6. Pt has gained 3.5 kg from 2/24 to 2/27.

Summarize your impressions of patient progress towards goals: Pt is maintaining good cardiac output as evidenced by ↑ urine output, clear lung sounds and ↓ edema. Continue interventions.

Problem #3 Risk for Fluid Volume Excess
Short-term Goal: Pt will maintain optimal fluid balance as evidenced by stable wgt, clear lung sounds, Ø edema and adequate urine output.
Long-term Goal: Pt will maintain fluid balance upon discharge by compliance c̄ medication regimen and fluid intake.

Nursing Interventions:	Patient's Response:
1. Weigh pt daily.	1. Pt gained 3.5 kg since admission.
2. Monitor strict I & O (1200 cc/24 hr)	2. Pt's intake was 480, output 250 in 5 hrs.
3. Evaluate urine output.	3. Urine output is 50 cc/hr for 5 hrs (0800—1300)
4. Administer Lasix as ordered.	4. Lasix given @ 1000 40 mg po.
5. Monitor electrolytes (side effect of diuretic)	5. All electrolytes WNL.
6. Assess for edema.	6. Ø edema present.

Summarize your impressions of patient progress towards goals: Pt is maintaining optimum fluid balance presently c̄ exception of wgt gain. Continue interventions.

Problem #4 Altered Protection r/t anticoagulant therapy
Short-term Goal: Pt will maintain therapeutic blood level of anticoagulant as evidenced by PTT, PT and INR WNL.
Long-term Goal: Pt will set up schedule for bloodwork to be drawn after discharge to maintain therapeutic levels.

Nursing Interventions:	Patient's Response:
1. Monitor pt for adverse effects to anti-coagulant.	1. Pt shows Ø signs of unexplained bleeding– Ø bruising, Ø petechic.
2. Monitor vs q 4°.	2. Pts BP 112/60, T978, P66, RR16 @ 0800, 94/60, T974, P20, RR18@1200.
3. Ensure IV infusion & site is uninterrupted.	3. Heparin infusing s̄ incident. IV site shows Ø signs of inflammation or bleeding.
4. Monitor lab results of PTT, PT, INR and intact.	4. Pts PTT 68 to 43, PT 13.8, INR 1.4
5. Monitor Hgb & Hct for internal bleeding.	5. Hgb ↓ 13.2, Hct 38.9 ↓

Summarize your impressions of patient progress towards goals: Pt currently shows Ø signs of bleeding caused by anti-coagulant therapy. Continue to monitor –check H&H to see if continues downward trend. Continue interventions.

شکل ۵ـ۱۱ (ادامه)

Delaware County Community College Concept Map Care Plan

Problem #5 *Impaired Physical Mobility*

Short-term Goal: *Pt will maintain maximum level of function and risk of complications will be reduced while hospitalized.*

Long-term Goal: *Pt will regain optimal level of functioning as dictated by severity of CVA.*

Nursing Interventions:	Patient's Response:
1. *Assess pt's degree of weakness in both upper & lower extremities.*	1. *Pt's (L) side shows ↑ weakness to (R) side.*
2. *Determine active & passive ROM capabilities.*	2. *Pt can move (R) arm independently, other extremities require passive ROM.*
3. *Monitor skin integrity for potential breakdown.*	3. *Pt's skin intact c̄ exception of (L) buttock -opaque dsg- cannot assess.*
4. *Change pt's position q 2°.*	4. *Pt appears comfortable, Ø breakdown present.*
5. *Use pressure relieving devices to ↓ stress.*	5. *Placed pillows under legs to elevate heels, pillow under (R) or (L) side to ↓ pressure on sacrum.*
6. *Implement fall precautions for pt safety.*	6. *Side rails x 4, bed in low, locked position.*

Summarize your impressions of patient progress towards goals *Pt has Ø falls. Pt shows Ø skin breakdown and passive ROM performed on lower extremities & (L) arm. Continue interventions.*

Problem #6 *Impaired Swallowing/Risk for Aspiration*

Short-term Goal: *Pt will not experience aspiration while hospitalized.*

Long-term Goal: *Pt will maintain adequate nutrition, as evidenced by stable wgt and albumin WNL.*

Nursing Interventions:	Patient's Response:
1. *Before mealtime, provide adequate rest periods.*	1. *Pt was able to stay alert through meal.*
2. *Provide oral care before feeding.*	2. *Pt's mouth moistened, displayed good appetite.*
3. *Place pt in high Fowler's position for feeding.*	3. *Pt swallowed and chewed well.*
4. *Prompt pt to chew/swallow.*	4. *Pt responsive to prompts.*
5. *Identity food given to pt before each mouthful.*	5. *Pt nodded recognition- frowned to display distaste.*
6. *Crush pills and place in pureed food.*	6. *Pt took all medications s̄ incident*

Summarize your impressions of patient progress towards goals *Pt did not aspirate and completed 75% of meals. Continue interventions.*

Problem #7 *Risk for Infection*

Short-term Goal: *Pt will remain free of infection as evidenced by VS WNL, Ø purulent drainage from tubes.*

Long-term Goal: *Pt will remain free of infection post discharge.*

Nursing Interventions:	Patient's Response:
1. *Monitor VS q 4°.*	1. *VS WNL: Temp 97°, HR66*
2. *Monitor WBC.*	2. *WBC WNL - 9 2*
3. *Monitor pt for S & S of infection.*	3. *Pt shows Ø S & S of inflammation, swelling, drainage at any IV site.*
4. *Practice aseptic technique at all times.*	4. *Pt remains free of infection.*
5. *Monitor appearance of urine.*	5. *Pt's urine is dark, amber color. MD notified. Culture ordered.*
6. *Encourage intake of protein & calorie rich foods.*	6. *Pt completes app. 75% of food offered.*

Summarize your impressions of patient progress towards goals *Pt has remained free of S/S of infection—awaiting results of urine culture. Continue interventions.*

Problem #8 *Anxiety*

Short-term Goal: *Pt will demonstrate a reduced level of anxiety evidenced by ↓ seizures, ↓ restlessness.*

Long-term Goal: *Pt will demonstrate positive coping mechanisms.*

Nursing Interventions:	Patient's Response:
1. *Acknowledge awareness of pt's anxiety.*	1. *Pt appeared grateful, nodded affirmatively.*
2. *Maintain a calm manner c̄ pt.*	2. *Pt appears calm and responsive.*
3. *Maintain frequent contact c̄ pt.*	3. *Pt demonstrates recognition when I appear.*
4. *Use simple language & brief statements to explain procedures & tasks.*	4. *Pt followed commands appropriately.*
5. *Reduce sensory stimuli.*	5. *Pt appears calm and resting comfortably.*

Summarize your impressions of patient progress towards goals *Pt is experiencing less restlessness and appears more comfortable c̄ environment. Continue interventions.*

شکل ۵-۱۱ (ادامه)

کادر ۷ـ۱۱. خودآزمایی

رفتارهای حرفه‌ای زیر را بخوانید و دور شماره‌ای که به بهترین شکل عملکرد حرفه‌ای شما در انجام اعمال پایه و ضروری پرستاری منعکس می‌کند دایره بکشید.

۱ـ مهارتی وجود ندارد ۲ـ تا اندازه‌ای مهارت ۳ـ مهارت متوسط
۴ـ مهارت خوب ۵ـ مهارت عالی

رفتار					
صلاحیتهای حیطه شناختی					
استفاده از منابع و نتایج علمی برای برنامه‌ریزی مراقبتی	۵	۴	۳	۲	۱
انتخاب مداخله پرستاری که سبب دستیابی به پیامدهای مورد انتظار طراحی شده گردد.	۵	۴	۳	۲	۱
استفاده از فرآیند تفکر انتقادی در حل مبتکرانه مشکلات	۵	۴	۳	۲	۱
صلاحیتهای تکنیکی					
استفاده استادانه و ماهرانه از تجهیزات تکنیکی و سادگی در دستیابی به اهداف با حداقل تنش و اضطراب فرد استفاده کننده	۵	۴	۳	۲	۱
تطابق مبتکرانه تجهیزات و اعمال تکنیکی ومهارتهای با نیازهای اختصاصی بیماران با کیفیت‌های متنوع و متفاوت	۵	۴	۳	۲	۱
صلاحیتهای بین فردی					
استفاده از نگاه، گفتار و لمس مبتکرانه در ارتباطی محترمانه و افزایش حس خوب بودن	۵	۴	۳	۲	۱
حضور و گفتگویی ماهرانه جهت نشان دادن حس همدردی و کسب دانش کافی دربارهٔ نحوه مراقبت مناسب از ابعاد شخصیتی بیمار و ارایه خدمات حمایتی مؤثر از وی	۵	۴	۳	۲	۱
مراقبت و مواظبتی مسئولانه و شایسته جهت برطرف کردن جامع نیازهای بیمار و ایجاد اعتماد و تجربه کردن آسایش و امنیت توسط وی افزایش ارزش بیمار و پرستار در ارتباط دوسویه پرستار ـ بیمار	۵	۴	۳	۲	۱
صلاحیتهای اخلاقی، قانونی					
ایجاد انگیزه در خود جهت عمل به روشی که سبب ایجاد علاقه در بیمار گردد.	۵	۴	۳	۲	۱
احساس مسئولیت در قبال اعمال خویش نسبت به فرد، به خدمات ارایه شده به بیمار به تیم مراقبت دهنده و اجتماع	۵	۴	۳	۲	۱
خدمات پیوسته به عنوان حمایت مؤثر از بیمار	۵	۴	۳	۲	۱
مهارت در میانجیگری اختلافات اخلاقی، بین بیمار افراد مهم، اعضاء تیم درمان و دیگر قسمتهایی که در ارتباط با بیمار هستند.	۵	۴	۳	۲	۱
انجام اعمال پرستاری صادقانه منطبق بر اصول اساسی اخلاقی حرفه‌ای	۵	۴	۳	۲	۱
استفاده از قوانین حمایتی که احتمال نزاع و مرافعه را کاهش می‌دهد.	۵	۴	۳	۲	۱

پرستارانی که درست در شروع توسعه نقش مراقبت دهنده خود متوجه می‌شوند که خاتمه هر تجربه‌ای به عنوان مراقبت دهنده یک لحظه کوتاه پس از انعکاس تجربه مذکور در تعیین مهارتهای پرستاری سودمند می‌باشد. مهارتهای مورد هدف و مورد لزوم خود را توسعه می‌دهند. این عمل می‌تواند فرد را از احساس پایمال شدن توسط هر چیزی دور نگه داشته و در وی احساس استادی ایجاد نموده و او را جهت فراگیری مهارتهای جدید به شدت تحریک نماید.

این فصل با ابزار ارزیابی که می‌تواند جهت ارزیابی مهارتهای ضروری حرفه‌ای شما در استفاده شایسته از فرآیند پرستاری مورد استفاده قرار گیرد خاتمه می‌یابد (به کادر ۷ـ۱۱ توجه نمایید). پس از تکمیل تمرین و فرم خود ارزیابی نتایج را با یکی از همکاران قابل اعتماد و یا مربیان بالینی خود مرود بحث قرار دهید و ببینید که نظر آنها در مورد ارزیابی شما چیست؟ و آیا با توانایی‌های شما موافق هستند؟

از قوای فطری و توسعه یافته خود خوشحال باشید. حالا استراتژیهایی را طراحی نمایید که سبب ارتقاء مهارتهایی گردد که دچار نقصان است شاید این جمله پیش پا افتاده باشد اما حقیقت است. بیماران شما از مراقبتهایی که به میزان کافی و به بهترین شکل ارایه می‌دهید سپاسگزار هستند. نتایج مشخص شده

حاصل از مطالعات موجود در فصل‌های بالینی این کتاب پیرامون مراقبت از بیمار نشان می‌دهد که جهت اجرای طرحهای مراقبتی پرستاران به دانش و مهارتهای اختصاصی نیاز دارند در زمان برنامه‌ریزی مراقبتی تعیین این که چه منابع پرستاری جهت اطمینان شما از توانایی در انجام مناسب اعمال پرستاری مؤثر خواهد بود مفید می‌باشد. پرستاران نسبت به انجام ارزشیابی ماهرانه، هنرمندانه و علمی مراقبت‌های پرستاری خود حساس هستند و از خود می‌پرسند آیا آنها دارای مهارتهای لازم برای تعاملات بین بیمار و پرستار و همچنین مهارتهای مورد نیاز برای درک بیمار و پاسخ متقابل به نیازهای او دارند و آیا برای هر بیمار و نیازهای اختصاصی وی ارزش قائل هستند. مراقبت با کیفیت مناسب جزء مهمترین مسئولیت‌های پرستار است.

■ توسعه مهارتهای تفکر انتقادی

۱ـ یک دانشجوی پرستاری متوجه می‌شود که رفتار هم اتاقی دانشکده وی به طور واضحی در طی ماههای اخیر تغییر کرده است. یک مرتبه برون‌فکنی می‌کند و می‌خندد، او در حال حاضر گوشه‌گیر و کج‌خلق شده و با حالتی تهاجمی تلاش می‌کند موضوع بحث را تغییر دهد.
فرآیند پرستاری و مدلهای مختلف حل مسئله (آزمون و خطا، علمی و حل مسئله از روی شهود) را در دستیابی به اهداف و برطر فکردن نیازهای هم اتاقی‌تان مقایسه نمایید.

۲ـ فرآیند پرستاری یک فرآیند بین فردی است که همیشه ترجیحاً بیمار محور است تا وظیفه محور. در ارتباط با مفهوم این ادعا با دانشجویان دیگر بحث کنید. همچنین جهت حل مشکل از دیدگاه بیمار بر روی مشکل وی فکر و بحث نمایید.

۳ـ مشخص نمایید که در موقعیت توصیف شدهٔ زیر چطور عمل ارزیابی را انجام می‌دهید. در استفاده از شیوه تفکری انتقادی به ملاحظات زیر توجه نمایید:
هدف تفکر، کفایت دانش، مشکلات بالقوه، منابع مفید و در انتها نقد و بررسی و قضاوت و تصمیم‌گیری

- خانمی ۲۸ ساله با تشخیص چندین کوفتگی در نتیجه ضربه و شکستگی مویی در جمجمه در بیمارستان پذیرش شده است. او ادعا می‌نماید که از پلکان سقوط کرده اما معاینات انجام شده چندین جراحت را مشخص نموده که با ادعای افتادن وی متناقض است. زن بیمار بر روی داستان خود که افتادن اتفاقی است پافشاری می‌نماید. شما پرستار او هستید.
- چنانچه شما در این موقعیت پرستار بیمار باشید چگونگی نگرش و تمایلات خود را در استفاده یا عدم استفاده از تفکر انتقادی برای کمک به وی ارزیابی نمایید. با همکاری دانشجویی دیگر واکنش متقابل خود را مقایسه و ارزشیابی کنید.

۴ـ از سناریوی بالا استفاده کرده و مهارتهای مورد نیاز در حیطهٔ شناختی، تکنیکی، روابط بین فردی و قانونی اخلاقی جهت مراقبت پرستاری از خانم فوق را تعیین نمایید. چنانچه امکان‌پذیر است فهرستی را که تهیه کرده‌اید با فهرست یک پرستار باتجربه مقایسه کنید و چنانچه اختلافی وجود دارد در مورد آن بحث نمایید.

■ تمرین برای NCLEX

سناریوی زیر را بخوانید و سپس گزینه و فعالیت پرستاری جسورانه را که مرحله‌ای صحیح از فرآیند پرستاری است را انتخاب نمایید.

آنی مددجویی است که کمک شما را به عنوان دانشجوی بالینی عضو تیم مراقبتی طلب می‌نماید زیرا او گمان می‌کند که آنجلا هم اتاقی وی از تجاوز جنسی رنج می‌برد. او به دلیل این که آنجلا تجاوز جنسی خود را گزارش نکرده و بنظر می‌رسد با این مسئله تطابق خوبی نکرده است نگران می‌باشد. (۱) بعد از صحبت کردن با آنی شما متوجه می‌شوید که اگرچه آنجلا گویش نسنجیده دارد از برقراری ارتباط کلامی دربارهٔ این تجاوز امتناع می‌ورزد. وی اظهار می‌دارد: «من نمی‌خواهم راجع به این مسئله صحبت کنم و یا فکر کنم» وی فعالیتهای اجتماعی را متوقف کرده است (یک تغییر در رفتار مشخص) و بنظر می‌رسد وی دچار کابوس شبانه است. بعد از تجزیه و تحلیل اطلاعات شما معتقد هستید که آنجلا ممکن است (۲) سندرم ضربه ناشی از تجاوز جنسی: واکنش خاموش را تجربه می‌کند. خوشبختانه آنجلا به آنی اعتماد کرده و به سمت دانشجوی مراقب خود آمده و از وی درخواست کمک می‌نماید. بعد از گفتگو با آنجلا گمان شما تایید شده و مشکل مشخص می‌شود. شما با آنجلا صحبت نموده (۳) اهداف درمانی را که بر اساس برآیندهای مورد انتظار آماده شده است را توسعه می‌دهید و شروع می‌کنید به فکر کردن راجع به انواع مداخلات پرستاری که مورد توافق شما و مددجو می‌باشد. در ملاقات اولیه با آنجلا (۴) شما او را تشویق می‌نمایید تا احساس خود را بیان نموده و به اوکمک می‌کنید تا توانایی‌های خود و خط مشی‌های تطابق فردی را مشخص نماید. شما و آنجلا تصمیم می‌گیرید در هفته اول (۵) میزان پیشرفت دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده را ارزیابی کنید. اگر او پیشرفت نداشت شما ممکن است برنامه‌های مراقبتی را تعدیل نمایید.

۱ـ فعالیتهای پرستاری موقعیت (۱) سناریو کدام مرحله از فرآیند پرستاری است؟

الف) تشخیص ب) ارزشیابی

ج) اجرا د) برنامه‌ریزی

۲ـ فعالیتهای پرستاری موقعیت (۲) سناریو کدام مرحله از فرآیند پرستاری است؟

الف) ارزیابی و شناخت ب) تشخیص

ج) ارزشیابی د) اجرا

هـ) برنامه‌ریزی

۳ـ فعالیتهای پرستاری موقعیت (۳) سناریو کدام مرحله از فرآیند پرستاری است؟

الف) ارزیابی و شناخت ب) تشخیص

ج) ارزشیابی د) اجرا

هـ) برنامه‌ریزی

۴ـ فعالیتهای موقعیت (۴) سناریو کدام مرحله از فرآیند پرستاری است؟

الف) ارزیابی و شناخت ب) تشخیص

ج) ارزشیابی د) اجرا

هـ) برنامه‌ریزی

۵ـ فعالیتهای موقعیت (۵) سناریو کدام مرحله از فرآیند پرستاری است؟

الف) ارزیابی و شناخت ب) تشخیص

ج) ارزشیابی د) اجرا

هـ) برنامه‌ریزی

۶ـ کدامیک از جملات زیر دربارهٔ فرآیند پرستاری دقیق‌تر است؟

الف) فرآیند پرستاری یک پروسیجر چهار مرحله‌ای است برای تعیین و حل مشکلات بیمار.

ب) در شروع روزهای فلورانس نایتینگل، دانشجویان پرستاری فرآیند پرستاری را آموخته و تمرین کردند.

ج) استفاده از فرآیند پرستاری برای پرستاران یک انتخاب است، از زمانی که مشخص شد راههای زیادی برای انجام کارهای پرستاری وجود دارد.

د) امتحانات تخصصی سراسری برای اعمال حرفه‌ای پرستاری در حال حاضر ترجیح می‌دهد از فرآیند پرستاری بجای طب تخصصی به عنوان یک مفهوم سازمان یافته استفاده نماید.

۷ـ فرآیند پرستاری ما را مطمئن می‌نماید که پرستاران بیمارمحور هستند تا وظیفه محور. ترجیح داده می‌شود بجای داشتن دیدگاه ساده مانند گرفتن علایم حیاتی، پرستار فکر کند «امروز خانم بارکلی چطور است؟ آیا اعمال پرستاری ما به او در دستیابی به اهداف کمک می‌نماید؟ چطور ما می‌توانیم به وی بهتر کمک کنیم؟» این مقایسه مطرح شده کدام خصیصه فرآیند پرستاری است؟

الف) سیستماتیک

ب) پویایی

ج) بین فردی

د) کاربرد جهانی در موقعیت‌های پرستاری

۸ـ از زمانی که بیشتر خدمات بالینی دارای استدلالهای منطقی و شهودی است یک پرستار با تجربه به شما می‌گوید از مطالعه سخت دلواپس نیست.

الف) هنگامی که تنها از شهود استفاده می‌شود، خطرها افزایش می‌یابد و منافع کمتر می‌شود. شهود غالباً به سمت حل مسئله حرکتی به سمت جلو دارد اما ممکن است هم نتیجه از روش آزمون و خطا باشد.

ب) برای این که پرستاری یک علم باقی بماند پرستاران باید مرتباً مواظب باشند استدلالهای منطقی شهودی سرکوب نشود.

ج) تأکید بر روی منطق، علم، استدلال بر پایهٔ شهود پرستاری برای سالها عقب می‌ماند. این زمانی است برای تفکر انتقادی و شهودی.

د) موضوع ساده ترجیح دادن است. بعضی از ما تفکری منطقی، علمی و بعضی تفکری خلاق و شهودی داریم.

۹ـ این کتاب بر روی مهارتهای ترکیبی تمرکز دارد. به سادگی این مفهوم را توصیف نمایید.

الف) زمانی که پرستاران از صلاحیتها و هوش و مهارتهای تکنیکی جهت دستیابی به اهداف بیمار استفاده نمایید بهترین کارهای پرستاری را انجام می‌دهند. پرستاری با عقاید گذشته مراقبتی و دلسوزی (مهارتهای بین فردی) که می‌تواند توسط هر فردی انجام شود عقب می‌ماند.

ب) زمانی بهترین کار پرستاری انجام می‌شود که هر پرستار بطور کامل از هوش، مهارتهای بین فردی، تکنیکی و اخلاقی، قانونی در ارتباط با هر موقعیت استفاده نماید.

ج) تمام مهارتهای ترکیبی مهم هستند، اما تمام پرستاران این مهارتها را در تمام موقعیتها ندارند. نفع ما درا ین است که بیماران به نحوی مراقبت شوند که بهترین اعمال برای آنها انجام شود. من ممکن است در مهارتهای بین فردی نارسایی داشته اما از مهارتهای هوشی خوبی برخوردار باشم.

د) هر موقعیت پرستاری به ترکیب مهارتهای پایه پرستاری مشابه مانند مهارتهای هوشی، تکنیکی، روابط بین فردی و اخلاقی قانونی بستگی دارد.

۱۰ـ بهترین توصیف از شاخصهای تفکر انتقادی کدامیک از گزینه‌های زیر است:

الف) توصیف بر پایه شواهد از رفتارهایی که نشان‌دهنده دانشی است که تفکر انتقادی را در اعمال بالینی ارتقاء می‌هد.

ب) توصیف شهود محور از رفتار که نشان‌دهنده دانش و مهارتهایی است که ارتقاء دهنده تفکر انتقادی در اعمال کلینیکی می‌باشد.

ج) توصیف شهود محور از رفتار که نشان‌دهنده دانش، خصیصه‌ها و مهارتهایی است که ارتقاء دهنده تفکر انتقادی در اعمال بالینی می‌باشد.

د) توصیف شهود محور از رفتار که نشان‌دهنده دانش، خصیصه‌ها، استانداردها و مهارتهایی است که ارتقاء دهنده تفکر انتقادی در اعمال بالینی است.



■ پاسخنامه با دلایل

۱ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «الف» است.

۲ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ب» است.

۳ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «هـ» است.

۴ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «د» است.

۵ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است.

۶ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «د» است. فرایند پرستاری یک فرآیند ۵ مرحله‌ای است (الف)؛ واژ فرآیند پرستاری اولین بار در سال ۱۹۵۵ توسط هال استفاده شد (ب) و استانداردها به استفاده از فرآیند پرستاری بستگی دارد (ج) بنابراین انتخابی نیست.

۷ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ب» است. رفتار بین فردی است. انتخاب دیگری خصیصه‌ای است از فرآیند پرستاری اما گفتگو و تفکر به بهترین شکل ابعاد ارتباط بین فردی را نشان می‌دهد.

۸ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «الف» است. هنگامی که از شهود به تنهایی استفاده می‌شود مزایا کمک و ریسکها افزایش می‌یابد. شهود غالباً به سمت حل مسئله حرکت می‌کند اما ممکن است نتایجی از آزمون و خطا باشد. گزینه ب غلط است زیرا مکانی است برای استدلال در پرستاری اما هرگز جای منطق و استدلال علمی را نمی‌گیرد. زمینه و تغییرات تفکر انتقادی به چگونگی تفکر بستگی دارد نه به صلاحیتهای فردی.

۹ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ب» است. هر پرستاری باید در تمام چهار مهارت پایه و قضاوت در موقعیت‌های مورد نیاز صلاحیت داشته باشد. هر موقعیت ممکن است شرایط خاص خود را داشته باشد.

۱۰ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است. توصیف بر پایه شواهد و رفتارها که نشان‌دهنده دانش خصوصیات ویژه و مهارتهایی است که سبب ارتقاء تفکر انتقادی در اعمال بالینی می‌شود.

فصل ۱۲

ارزیابی و شناخت



سوزان مورگان خانم ۳۴ ساله‌ای است که به تازگی تشخیص بیماری مولتیپل اسکلروزیس برای وی مشخص شده است. او می‌گوید «چطور این مسئله را به همسرم بگویم؟» ما اواخر سال با یکدیگر ازدواج کرده‌ایم و برنامه‌ریزی کرده‌ایم که مقدار زیادی پیاده‌روی کنیم. این ناتوانی من برای او عادلانه نیست و در رابطه همسری با من ایجاد اختلال می‌کنم. ممکن است من به عنوان شریک و همسر وی نتوانم آن همسری باشم که با وی ازدواج کرده است.



سیلویا وو خانم ۱۷ ساله‌ای است که پس از ملاقات اقوام خود در مین لند کشور چین اخیراً به ایالت متحده بازگشته است. او به دلیل این که با علایمی شبیه به سرماخوردگی (سرفه، زخم گلو، تب، درد عضلانی، خستگی) از خواب پریده به قسمت اورژانس مراجعه کرده است. من از این مسئله وحشت‌زده هستم زیرا در تلویزیون دیده‌ام و در روزنامه دربارهٔ ویروس جدید سارس خوانده‌ام.



جیمز فارن دانشجوی سال پایین به مرکز بهداشت مراجعه کرده و از مشکلاتی در خوابیدن، غذا خوردن و مطالعه کردن شکایت کرده است. او توضیح داد که زمانی که ۸ ساله بوده مادرش فوت کرده و ترم گذشته پدرش نیز بطور ناگهانی قربانی یک حادثه رانندگی کشنده شده است. از زمانی که پدرم مرده همه چیز برایم معنی پوچی و یا نیستی دارد، همه چیز را در دنیا تیره و خاکستری می‌بینم»

❖ تمرکز بر مهارتهای ترکیبی

انواع مهارتهای ترکیبی که شما نیاز خواهید داشت در پاسخ متقابل به موردهای مطرح شده در سناریو از آن استفاده نمایید شامل:

مهارتهای شناختی

- آگاهی از نشانه‌ها و سیمپتومهای بیماری ام اس، افسردگی و سارس
- توانایی استفاده از تمام دانش پاتوفیزیولوژی جهت ارزیابی مناسب مددجویان
- توانایی دستیابی به اطلاعات عینی و ذهنی و تمرکز بر روی اولویتهای مقتضی در بیماران
- توانایی تعیین اطلاعات واقعی در ارتباط با موقعیت خاص بیمار مانند ام اس، افسردگی یا سارس
- آگاهی از منابع مناسب برای دریافت اطلاعات اضافی و خدمات حمایتی

مهارتهای تکنیکی

- توانایی استفاده از سؤالات مناسب متمرکز بر موقعیت بیمار در مدت اخذ تاریخچه پرستاری جهت دستیابی به اطلاعات مرتبط با بیماری ام اس، افسردگی و سارس
- توانایی استفاده از مهارتهای معاینات فیزیکی جهت ارزیابی و تشخیص مشکلات وابسته به بیماری ام اس، افسردگی و سارس
- توانایی درخواست کمک در هنگام ضرورت برای کسب تاریخچهٔ پرستاری یا تکمیل معاینات فیزیکی
- توانایی استفاده از ابزارهای مناسب بررسی و تکنیکهای مقتضی جهت دستیابی به نیازهای بیمار
- نشان دادن صلاحیت لازم در برقراری ارتباط

مهارتهای بین فردی

- توانایی ایجاد اتحاد بین پرستار و بیمار در برقراری ارتباط با هر بیمار بدون ارتباط با مسائل یا شکایات بیماران
- نشان دادن نقاط قوت مهارتهای مردم برای بحث با افراد در ارتباط با تغییر وضعیت سلامت
- توانایی برقراری ارتباط با دغدغه‌ها و نگرانیهای بیمار، شکایتها و موفقیت وی
- نشان دادن احترام به شأن انسانی جهت ارتقاء اعتماد به نفس در بیمار
- صلاحیتهای بین فردی جهت انتقال تجربیات لازم در ارتباط با تهدید فیزیولوژی و سایکولوژی بیمار

مهارتهای اخلاقی، قانونی

- داشتن احساس مسئولیت قوی برای سلامتی و خوب بودن افراد.
- توصیه جهت کمک به بیماران در دستیابی به اطلاعات ضروری در ارتباط با دستیابی به اهداف سلامتی تعیین شده و تطابق با مسئولیت‌های پرستاری و تعیین منابع در دسترس.
- مهارتهای قوی حمایتی و ایجاد احساس رضایت جهت استفاده از این مهارتها برای کمک به بیماران
- توانایی ترکیب اصول اساسی اخلاقی و قانونی برای ارزیابی بیمار، ثبت و ارتباط با اطلاعات وی جهت مراقبتی مناسب توسط مهیاکنندگان مراقبت در سیستم‌های بهداشتی درمانی.

❖ برآیندهای یادگیری

پس از مطالعهٔ این فصل، فراگیر باید قادر به انجام موارد زیر باشد:

۱ـ هدف از چهار نوع ارزیابی پرستاری را تعریف و توصیف نماید.
۲ـ تفاوت میان ارزیابی پرستاری با ارزیابی پزشکی قائل شود.
۳ـ اطلاعات عینی را از اطلاعات ذهنی جدا نماید.
۴ـ هدف از مشاهده، مصاحبه و ارزیابی فیزیکی پرستاری را توصیف نماید.
۵ـ با استفاده از تکنیکهای مؤثر مصاحبه تاریخچه پرستاری را کسب نماید.
۶ـ پنج منبع اطلاعاتی سودمند جهت کسب اطلاعات از بیمار توسط پرستار را مشخص نماید.
۷ـ توسط تعیین اولویتهای ارزیابی و گردآوری اطلاعات سیستماتیک ارزیابی بیمار را برنامه‌ریزی نماید.
۸ـ مشکلات معمول در گردآوری اطلاعات را مشخص نموده و علل ایجاد کننده مشکلات را یادداشت نماید.
۹ـ در صورت لزوم راههای مختلف معتبرسازی اطلاعات را توضیح دهد.
۱۰ـ اهمیت آگاهی از گزارش شفاهی و ثبت اطلاعات به روشی صحیح را توصیف نماید.
۱۱ـ اطلاعات مربوط به بیمار را به شکلی کامل، دقیق و حقیقی بدست آورده و ثبت نماید.

واژه‌های کلیدی

● ارزیابی و شناخت	Assessing	● مجموعه اطلاعات پایه	minimum data set
● نشانه، علامت	Cue	● تاریخچه پرستاری	nursing history
● اطلاعات	Data	● اطلاعات عینی	objective data
● اطلاعات پایه	Database	● مشاهده	observation
● ارزیابی و شناخت اورژانس	emergency assessment	● معاینات فیزیکی	physical assessment
● ارزیابی و شناخت متمرکز	focused assessment	● اطلاعات توصیفی (ذهنی)	subjective data
● استنباط، نتیجه	inference	● ارزیابی و شناخت تأخیری	time-lapsed assessment
● ارزیابی و شناخت مقدماتی	initial assessment	● معتبر ساختن	validation
● مصاحبه	inter view		

ارزیابی کردن

ارزیابی گردآوری سیستماتیک و مداوم اطلاعات بیمار می‌باشد. توسط ارزیابی می‌توان با بیمار ارتباط برقرار نمود و به اطلاعات معتبر دست یافت این اطلاعات منعکس کننده چگونگی عملکرد بهداشتی در ارتقاء وضعیت سلامتی و یا سازش با ناخوشی در فرد می‌باشد. اطلاعات پایه شامل تمامی اطلاعات وابسته به بیمار بوده که توسط پرستاران و دیگر افراد حرفه‌ای تیم مراقبتی بهداشتی گردآوری می‌گردد. اطلاعات پایه پرستاران را قادر می‌سازد برنامه مراقبتی جامع و مؤثر را برای بیمار طراحی و اجرا نمایند. گردآوری اطلاعات از بیمار مرحله‌ای حیاتی در فرآیند پرستاری می‌باشد زیرا اجزاء باقیمانده مراحل فرآیند بر اساس اطلاعات دقیق، کامل، حقیقی و مرتبط با بیمار است که در این مرحله گردآوری می‌شود.

«به تمرین اعمال متفکرانه توجه کنید مددجو خانم سیلویا وُو بیماری که از ابتلا به بیماری سارس می‌ترسد. ارزیابی پرستار عوامل احتمالی که خطر توسعه سارس را افزایش می‌دهد مشخص کرده بعلاوه اظهارات بیمار دربارهٔ ترسش اطلاعات بیشتری را مشخص می‌کند که در نتیجه می‌توان تعیین نمود کدام برنامه مراقبتی بایستی توسعه یابد»

شروع مراقبت پرستاری جامع بر اساس اطلاعات پایه حاصل از ارزیابی بوده و پرستاران را قادر می‌سازد:

- در ارتباط با وضعیت سلامت بیمار قضاوت نموده و توانایی ادارهٔ سلامتی بیماران توسط خودشان را مشخص کرده و نیاز آنها به پرستار معلوم می‌گردد.
- در صورتی که نیاز باشد بیمار را به پزشک و یا هر فرد حرفه‌ای دیگر عضو تیم مراقبتی درمان ارجاع دهد.
- برنامه‌ریزی و اجرای مراقبت پرستاری جامع بر پایه نقاط قوت فرد بیمار

علاوه بر ارزیابی مقدماتی بیمار، ارزیابی پیشرفته نیز بر عهده پرستار است. پیشرفت ارزیابی پرستاری با هوشیاری پرستار نسبت به تغییر در وضعیت سلامت بیمار واکنشهای متقابل وی به سلامت و بیماری و پیشنهاد تغییرات ضروری در طرح مراقبت‌های پرستاری و یا مراقبت‌های پیشنهاد شده توسط دیگر اعضاء حرفه‌ای تیم مراقبتی بهداشتی امکان‌پذیر است.

در طی مدت ارزیابی‌های پرستاری ممکن است ارزیابی بر روی مشکل خاصی متمرکز بوده و یا بر روی وضعیت اورژانس تأکید نموده و یا با تأخیر انجام شود. در طی مرحله ارزیابی فرآیند پرستاری، پرستار اطلاعات پایه را توسط مصاحبه با بیمار و کسب تاریخچهٔ پرستاری گردآوری و ایجاد می‌نماید همچنین ممکن است پرستار جهت گردآوری اطلاعات از روش معاینات پرستاری استفاده نماید.

منابع دیگری که پرستار می‌تواند جهت کسب اطلاعات از بیمار استفاده نماید شامل افراد حمایت کننده بیمار، گزارشات بیمار، افراد حرفه‌ای تیم مراقبتی بهداشتی، بیمار و نوشته‌های پرستاری و دیگر اعضاء تیم مراقبتی بهداشتی می‌باشد. پس از این که پرستار اطلاعات پایه بدست آمده از بیمار را تثبیت نمود بایستی بطور مداوم دربارهٔ وضعیت بیمار اطلاعات گردآوری نمایید، زیرا وضعیت سلامتی بیمار می‌تواند بسرعت تغییر کند. اطلاعات مبهم به عنوان قسمتی از مرحله ارزیابی فرآیند پرستاری بایستی مورد تأیید قرار گرفته و معتبر گردد. تمامی اطلاعات وابسته و مناسب ثبت شده در هنگام برقراری ارتباط با دیگر اعضاء حرفه‌ای تیم مراقبتی بهداشتی و در زمانهای مقتضی دیگر مورد استفاده قرار می‌گیرد که این امر می‌تواند بهترین منافع را برای بیمار در بر داشته باشد (شکل ۱ـ۱۲) بعلاوه جهت گردآوری اطلاعات پرستار ممکن است از علم شهودی برای ارزیابی بیمار استفاده نماید (به فصل ۱۱ نگاه کنید).

تمرین واکنشی ـ چالشی با مهارتهای عقلانی

هنگامی که دورهٔ چرخشی بالینی خود را در واحد اورژانس می‌گذراندم خانم سیلویا وُو ۱۷ ساله را ملاقات کردم زن جوانی که اخیراً بعد از ملاقات اقوام خود در مین لند چین به ایالات متحده برگشته بود. او به دلیل این که امروز صبح با حالتی شبیه به سرماخوردگی (سرفه، گلو درد، تب، درد عضلانی، خستگی) از خواب بلند شده بود به بخش اورژانس مراجعه کرده بود. وی به خاطر این که مطالبی را در ارتباط با ویروس جدید سارس (SARS: Sever Acute Respiratory Syndrome) (سندرم شدیداً حاد تنفسی) در روزنامه‌ها خانواده و در تلویزیون دیده بود وحشت زده شده بود. اگرچه قبلاً ۶۴ نفر در نتیجه ابتلا مرده بودند اما او می‌دانست که بیشترین این مولود در آسیا بوده است. او به قسمت اورژانس آمد و اظهار نمود که سارس ندارد ولی علایمی شبیه به این بیماری نظیر خستگی و سرماخوردگی دارد. من می‌خواهم او را آرام کنم اما واقعاً نمی‌دانم او به چه چیزی مبتلاست. من خودم یک کمی از دلواپسی وی را احساس کردم زیرا حقیقتی را که هر کس نیز آن را می‌دانست من هم می‌دانستم و آن این که سارس یک بیماری عفونی است من نیز می‌توانستم احساس کنم زمانی که سیلویا عطسه می‌کند چه حسی دارد.

فکر کردن خارج از این چهارچوب: اعمال احتمالی

- به سیلویا اطمینان خاطر دهید و بگویید نگران نباشد زیرا علایم مشکوک او اصلاً چیز مهمی نیست.
- به سرعت فردی با تجربهٔ بیشتر را برای مراقبت از سیلویا در نظر بگیرید زیرا من نمی‌خواهم نزدیک او بشوم احتمالاً وی مبتلا به سارس است.
- نگرانیهای بیمار را ثبت و گزارش نمایید، سعی نمایید وی را ایزوله نمایید و از دیگر بیماران تا زمانی که اطلاعات مناسبی از سارس بدست بیاورید او را دور نگه دارید. من مطمئن نیستم اطلاعاتی در ارتباط با نشانه‌ها و علایم خاموش بیماری داشته باشم.

ارزشیابی اهداف خوب: موفقیت را چطور تعریف می‌کنم؟

- سیلویا درمان جاری مورد نیاز را دریافت می‌کند و به نحوی مقتضی به ترس وی توجه می‌شود.
- با توجه به این که سیلویا یک بیماری واگیر دارد، احتمال خطر انتقال بیمار به دیگران کاهش یافته است.

یادگیری شخصی: توجه به آینده

- من ترس خودم را اداره کردم و قادرم پاسخ متقابل مناسبی به نگرانیهای سیلویا نشان دهم.
- من مطالبی راجع به پاسخ متقابل فوری به احساس خطر را یادگ رفتم.

اگرچه من از واکنش خودم سرافراز نیستم من به سیلویا اطمینان کاذب دادم که احتمالاً چیز مهمی نیست. درنتیجه من ترس او را ثبت و یا گزارش نکردم. بدبختانه سیلویا تشخیص سارس داشت و افراد دیگری که در آن زمان در اورژانس حضور داشتند آلوده شده بودند به همین دلیل من فرار کردم. در آینده من امیدوارم هرگز به دغدغه‌های بیمار غیر حساس نباشم و بصیرت مناسبی داشته باشم.

تفکر

شما در ارتباط با موقعیتی مشابه فکر می‌کنید بایستی چه واکنشی نشان دهید؟ چرا؟ به او دربارهٔ خودتان چه می‌گفتید و دربارهٔ مهارتهایتان برای اعمال حرفه‌ای و کفایت این اعمال چه می‌گفتید؟ چه عواملی ممکن است اعمال پرستاری دانشجو را تحت تأثیر خود قرار دهد؟ چه نوعی از اطلاعات می‌تواند سبب شود دانشجوی پرستاری عمل متفاوتی انجام دهد؟ چطور ممکن است دانشجوی پرستاری بیمار را به روشی متفاوت بررسی نماید؟ آیا شما می‌توانید به راههای دیگر واکنش فکر کنید؟ شما جهت واکنشی مطلوب نسبت به این موقعیت نیاز به چه مهارتهای دیگری (شناختی، بین فردی، تکنیکی، قانونی، اخلاقی) دارید؟ آیا شما با معیار ارزشیابی دستیابی به اهداف موافق هستید؟ آیا دانشجوی پرستاری به این معیار دسترسی دارد؟ چنانچه ندارد چه چیز دیگری را دانشجوی پرستاری بایستی انجام دهد تا مطمئن شود به اهداف بطور موفقیت‌آمیز دسترسی یافته است؟

تمرکز بی‌نظیر ارزیابی پرستاری

هنگامی که پرستاران ارزیابی پرستاری را از بیمار به عمل می‌آورند ارزیابی مجدد طبی را انجام نمی‌دهند هدف ارزیابی طبی اشاره به اطلاعات و شرایط پاتولوژیک می‌باشد در حالی که تمرکز ارزیابی پرستاری بر روی واکنشهای متقابل بیمار به مشکلات سلامتی است برای مثال آیا توانایی دستیابی به نیازهای اولیه در بیمار وجود دارد؟

آیا بیمار توانایی انجام فعالیتهای روزانه را دارد؟ اگرچه ممکن است یافته‌های حاصل از ارزیابی پرستاری در تعیین تشخیص پزشکی دخالت داشته باشد. اما تمرکز ممتاز ارزیابی پرستاری بر روی پاسخ‌های متقابل بیمار نسبت به مشکلات حاد یا بالقوهٔ سلامتی در وی می‌باشد.

بخاطر بیاورید سوزان مورگان را بیماری که اخیراً تشخیص MS روی وی گذاشته شده است. با نگاه کردن به اطلاعات مهیا شده بوسیله بیمار پرستار قادر خواهد بود تشخیص‌های جدید بیمار را در ارتباط با تأثیر بیماری MS بر روی تصویر ذهنی و اعتماد بنفس بیمار مشخص نماید. پرستار سپس از این اطلاعات جهت تمرکز بر روی سؤالات ارزیابی برای کسب اطلاعات بیشتر تمرکز نموده تا با کسب این اطلاعات پایه تشخیص دهد کدام برنامه مراقبتی مخصوص سوزان نیاز به توسعه دارد»



شکل ۱ـ۱۲. ارزیابی: اولین منبع گردآوری اطلاعات بیمار خود بیمار است. منابع دیگر شامل افراد حمایت کننده بیمار، گزارشات وی و اطلاعات افراد حرفه‌ای تیم مراقبتی بهداشتی و اطلاعات موجود پرستاری و مروری بر سوابق برای وی می‌باشد.

انواع ارزیابی پرستاری

ارزیابی‌های پرستاری شامل ارزیابی جامع مقدماتی[1]، ارزیابی متمرکز[2]، ارزیابی اورژانس[3] و ارزیابی با تأخیر[4] می‌باشد. در این فصل ما برروی بررسی وضعیت سلامت افراد تمرکز خواهیم کرد. همان طوری که شما در ارزیابی‌پرستاری تجربهٔ‌خویش را توسعه می‌دهد قادر خواهید بود جمعیتهای خاص را مورد بررسی قرار دهید، بچه‌های مدرسه یا بیماران با بیماری ایدز یا هر عفونت دیگر.

ارزیابی مقدماتی

ارزیابی مقدماتی مدت زمان کوتاهی پس از پذیرش بیمار به مؤسسه مراقبتی بهداشتی انجام می‌شود. بیشتر موسسات خط مشی اختصاصی برای استفاده از روشهای مختلف ارزیابی دارند که با توجه به فاصله زمانی خاص از پذیرش بیمار مورد استفاده قرار می‌گیرد.

هدف از این ارزیابی تکمیل اطلاعات پایه برای تعیین مشکلات و برنامه‌ریزی مراقبتی برای بیمار می‌باشد. پرستار اطلاعاتی را در ارتباط با تمامی جنبه‌های سلامتی بیمار، تعیین اولویتهایی برای تمرکز ارزیابی و تهیه یک منبع اطلاعاتی با ارزش جهت مقایسه در آینده گردآوری می‌نماید. به شکل ۲ـ۱۲ نگاه کنید نمونه‌ای از ارزیابی مقدماتی است.

ارزیابی متمرکز

در ارزیابی متمرکز پرستار اطلاعاتی را دربارهٔ یک مشکل اختصاصی که قبلاً مشخص شده بود به دست می‌آورد یک ارزیابی متمرکز ممکن است چنانچه مشکلات سلامتی بیمار سطحی باشد در طی ارزیابی مقدماتی انجام شود اما بطور معمول قسمتی از گردآوری اطلاعات بدین روش به دست می‌آید. هدف دیگر ارزیابی متمرکز تعیین یا نظارت بر مشکلات جدید می‌باشد.

خانم سیلویا ووُ ۱۷ ساله را که به قسمت اورژانس مراجعه کرده بود و فکر می‌کرد به بیماری سارس مبتلا شده است را به خاطر دارید؟ پرستار از ارزیابی متمرکز جهت ارزشیابی شکایت‌های اختصاصی وی در ارتباط با وضعیت سیستم تنفس می‌تواند استفاده نماید. این اطلاعات توسط اطلاعات اضافی در بارهٔ سفر اخیر بیمار به مین لند چین مهیا شده است.

1- Comprehensive inirial Assessment
2- Focused Assessment
3- Emergency Assessment
4- Time-Lapsed Assessment

ارزیابی اورژانس
هنگامی که یک بحران فیزیولوژیک یا سایکولوژیک وجود دارد. پرستار ارزیابی اورژانس را جهت تعیین مشکلات تهدید کننده انجام می‌دهد. مراقبت پرستاری از فرد پیری که در اتاق ناهار خوری دچار خفگی شده است. بیماری که با خونریزی از محل برش زخم به قسمت اورژانس منتقل می‌شود. بیمار بدون واکنش در واحد بازتوانی و کارگر کارخانه‌ای که به شدت تهدید شده همگی کاندیدایی برای ارزیابی اورژانس می‌باشند.

ارزیابی تأخیری
ارزیابی طی‌مدت‌زمانی‌طولانی، ارزیابی طولانی براساس فهرست جدولی است که وضعیت جاری بیمار با فهرست موجود مقایسه شده و اطلاعات اساسی و پایه در زمان مناسب کسب می‌گردد. بیشتر بیماران مقیم در بخشهایی که اقامت طولانی‌مدت دارند. مراقبت‌های پرستاری را در زمانی طولانی دریافت می‌نمایند. مانند بیماران محدودشده درمنزل که توسط پرستاران ملاقات می‌شوند برای زمان خاصی توسط این روش ارزیابی مجدد وضعیت سلامتی می‌شوند و در صورت لزوم برنامه مراقبتی اصلاح می‌گردد.

آمادگی جهت گردآوری اطلاعات
تثبیت ارزیابی اولویتها و گردآوری ساختاری و سیستماتیک اطلاعات دو نکته اساسی در هنگام آماده شدن برای گردآوری اطلاعات است که بایستی در نظر گرفته شود.

تثبیت ارزیابی اولویتها
قبل از شروع به گردآوری اطلاعات از هر بیماری پرستار بایستی در ارتباط با نوع اطلاعات مورد نیاز جهت توسعه یک برنامه مراقبتی رضایت بخش احساس خوبی داشته باشد. پرستاران زمان کم و بیش زیادی را بر روی اجزاء مختلف تاریخچه پرستاری صرف می‌نمایند که این امر بستگی به دلایل نیاز بیمار به کمک‌های پرستاری دارد برای مثال پرستار بخش اطفال مراقب تکامل سنی بیمار بوده و اطلاعات را در این زمینه از بچه‌های پذیرش شده در بخش اطفال دریافت می‌نماید که آنها را در کنترل ارتقاء تکامل کودکان یاری می‌نماید.

پرستار مدرسه‌ای که به سوء استفاده از یک بچه بدگمان است به اظهارات کودک در ارتباط با شرایط زندگیش در منزل و ارتباط وی با دیگر اعضاء خانواده و مراقبت کنندگان به دقت زیاد توجه می‌نماید. پرستاری که بیماری را جهت ترخیص از بخش جراحی آماده می‌نماید بایستی مطمئن گردد که نیازهای فیزیکی و انسانی بیمار توسط مراقبت‌های بعد از عمل به نحوی مقتضی برآورده می‌گردد. هدف از انجام هر کدام از ارزیابی‌های ذکر شده پیشنهاد بهترین راهکار و راهنما برای گردآوری نوع و مقدار اطلاعات مورد نیاز می‌باشد ارزیابی اولویت‌ها تحت تأثیر آگاهی بیمار از سلامتی خویش، مراحل شد و تکامل و نیاز به پرستاری قرار می‌گیرد.

آگاهی از سلامتی
ارزیابی سلامتی مانند الگوی سلامتی یک خودآزمایی می‌باشد که در فصل ۴ ممکن است توسط پرستاران جهت کمک به بیماران برای تعیین عوامل خطرزا و کشف عادات آنها، رفتارها، اعتقادات و ارزشهایی که سطح بهبودی را تحت تأثیر قرار می‌دهد مورد استفاده قرار گیرد. از ابزارهای اختصاصی که بر موارد زیر تمرکز دارد در ارزیابی بیمار استفاده کنید. مواردی که بایستی با ابزار اختصاصی بررسی گردند عبارتند از: ارتباط، عوامل روحی ـ روانی، عوامل محیطی و فیزیکی، خود مراقبتی، آرامسازی، معنویات، خلق و خوی و سرگرمی، حرکت و تمرین، خواب و رؤیا، تغذیه و نیازهای جنسی. این ارزیابی‌های با ارزیابی‌های بیمارانی که برای درمان یک بیماری بستری می‌گردند متفاوت بوده و نوع اطلاعات کسب شده از بیمار متفاوت می‌باشد.

مرحله رشد و تکامل
ارزیابی پرستاری بر طبق نیازهای تکاملی بیماران اصلاح می‌شود. برای مثال هنگامی که یک نوزاد ارزیابی می‌گردد توجه ویژه‌ای به بدست آوردن وزن و رشد فیزیکی، تغذیه و مشکلات دفعی، سیکل فعالیت و خواب و مهارتهای مراقبتی والدین می‌شود. هنگامی که بچه‌ها در بیمارستان بستری می‌شوند تهیه گزارش از استقلال کودک در ارتباط با مراقبت‌های پایه (دفع مواد دفعی، بهداشت، پانسمان، تغذیه) بسیار با اهمیت می‌باشد. همینطور آگاهی از این که کودک جهت بیان نیازهای دفع ادرار، مدفوع، بازی و غیره از چه کلماتی استفاده می‌نماید نیز با ارزش است.

NAZARETH HOSPITAL

NURSING ADMISSION HISTORY

I. GENERAL INFORMATION

ARRIVAL: Date: 9/2/06 Time: 2:00 PM
Transportation Method: ☐ Ambulatory ☐ Stretcher ☑ W/C
Admitted Via: ☑ ED ☐ Direct Admission ☐ PACU ☐ SDS**
☐ Other: ______
Accompanied By: ☐ Self ☐ Spouse ☑ Daughter ☐ Son
☐ Mother ☐ Father ☐ Friend ☐ Other: ______
Correct Name On Identiband? ☑ YES ☐ NO
PATIENT/SIGNIFICANT OTHER ORIENTED TO:
Call Light at Bedside/in BR: ☑ YES ☐ NO ☐ N/A
Operation of Bed/Siderails: ☑ YES ☐ NO ☐ N/A
Phone/TV: ☑ YES ☐ NO ☐ N/A
PATIENT ADVISED HOSPITAL NOT RESPONSIBLE FOR VALUABLES: ☑ YES ☐ NO
Does Patient Have Any Valuables? ☑ YES* ☐ NO
If Yes*, Disposition of Valuables? ☐ Sent Home
☐ Security - Envelope # ______
☑ Patient Refused Security - Valuables kept with Patient

LIST & DESCRIBE PATIENT'S VALUABLES

eyeglasses @ bedside
yellow metal watch on patient
yellow metal wedding ring on pt.
sent purse home with daughter

MEDICATION BROUGHT TO HOSPITAL: ☐ YES ☑ NO
If YES,: ☐ Home ☐ Pharmacy

______ Date: ______ Time: ______
STAFF SIGNATURE REQUIRED FOR ALL SDS** PATIENTS
INFORMATION GIVEN BY PATIENT: ☑ YES ☐ NO
IF NO: Name: ______
Number: ______
Relationship: ______
☐ Unable to obtain history - REASON
______

REASON FOR ADMISSION ACCORDING TO PATIENT:
"I fell at home this a.m. Couldn't move (L) leg for awhile; headaches

PATIENT AWARE OF DIAGNOSIS: ☐ YES ☑ NO
FAMILY AWARE OF DIAGNOSIS: ☐ YES ☑ NO
DOES PATIENT HAVE AN ORGAN DONOR CARD? ☐ YES ☑ NO
If no, & the patient requests further information, provide KIDNEY-1 Number. 1-800-KIDNEY-1

ALLERGIES:
***** ALLERGY DOCUMENTATION MUST BE COMPLETED AT TIME OF ADMISSION ON THE ALLERGY FORM*****

CURRENT MEDICATIONS ☑ NONE
(INCLUDE RX, INHALERS, OVER-THE-COUNTER)

NAME	DOSE	FREQUENCY	LAST DOSE REASON
hydralazine	dose ?	OD	yesterday am for high blood pressure
aspirin	X 2	prn	noon today- headache
metamucil	1 Tbsp	prn	this am for constipation

HOSPITALIZATIONS/SURGICAL HISTORY ☐ NONE
DIAGNOSIS/REASON

gallbladder surgery 1985
hospitalized for ↑BP 2002

FAMILY HISTORY: ☐ NONE
☐ Diabetes ☐ Pulmonary ☑ Heart Disease ☑ CA
☐ Anesthesia Complication ☐ Other: ______

II. PAST MEDICAL HISTORY

SKIN: ☑ NEGATIVE HISTORY
☐ Scars ☐ Eczema ☐ Psoriasis ☐ Cancer
☐ Other: ______

NEUROLOGICAL: ☐ NEGATIVE HISTORY
☐ TIA ? ☐ Anxiety ☐ Dementia ☐ Syncope
(☐ H/A) ☐ Tremors ☐ Parkinson's ☐ Depression

شکل ۲-۱۲

NAZARETH HOSPITAL

NURSING ADMISSION HISTORY

Date of LMP: N/A

FUNCTIONAL STATUS PRIOR TO ADMISSION

I - Independent A - Assistance Required D - Dependent

FEED SELF	☑ I	☐ A*	☐ D*
BATHE SELF	☐ I	☐ A*	☐ D*
DRESS SELF	☐ I	☐ A*	☐ D*
HOUSE CHORES	☐ I	☐ A*	☐ D*
AMBULATE	☐ I	☐ A**	☐ D**
CLIMB STAIRS	☑ I	☐ A**	☐ D**
CHAIR BOUND	☐ I	☐ A**	☐ D**
BED BOUND	☐ I	☐ A**	☐ D**

If * or ** circled, were changes made within past 6 months? ☐ YES* ☐ NO
If YES*, Notify Coordinated Care

III. PSYCHO-SOCIAL ASSESSMENT

Occupation: homemaker ☑ RETIRED

Marital Status: ☐ Married ☐ Single ☐ Separated ☐ Divorced ☑ Widowed ☐ Common Law *husband died this year

Residential Information: ☐ Home ☐ ECF ☑ Other* Just moved in with daughter

Usual Living Arrangement: ☐ Alone ☐ Child ☐ Spouse ☑ Other Family ☐ Parent ☐ Friend ☐ S.O. ☐ ECF

Contact Person #1: Barbara Tembra

Relationship: daughter H#: 215-634-5221 W#: ———

PRIMARY LANGUAGE:

☑ English ☐ Polish ☐ Russian ☐ German ☐ Ukrainian
☐ Italian ☐ Spanish ☐ Indian ☐ Korean ☐ Chinese
☐ Japanese ☐ Other ____

Does Patient understand English? ☑ YES ☐ NO*
*Contact Person for Translation: ____
Relationship: ____ H#: ____ W#: ____

ASSISTIVE DEVICES/DURABLE MEDICAL EQUIPMENT: ☑ NONE

☐ Cane ☐ w/pt ☐ Crutches ☐ w/pt ☐ Walker ☐ w/pt ☐ Wheelchair ☐ w/pt
☐ Tub Seat ☐ Commode ☐ Grab Bars ☐ Hospital Bed
☐ Stair Glide ☐ Other: ____

SPIRITUAL/CULTURAL ASSESSMENT:

Does patient express any spiritual, cultural, or emotional concerns which may impact on this hospitalization? ☐ YES* ☑ NO
Explain: ____

Does patient express a desire to meet with a Spiritual Care member? ☑ YES* ☐ NO
her own minister
Priest? ☐ YES* ☑ NO If YES*, notify Spiritual Care.

Coping Mechanisms (How does patient deal with stress?) ☐ NONE
Type: talk with friends, pray * misses husband

Support Groups ☑ NONE
Type: ____

Sleep: 8 hrs/night Up at night: 1-2 times/night

Tobacco: ☐ YES ☑ NO Amount/day: ____ How Long: ____ ☐ Quit

ETOH: ☐ YES ☑ NO

Substance Abuse: ☐ YES* ☐ NO *Type ____
Has patient been in treatment? ☐ YES ☐ NO

IV. EDUCATIONAL ASSESSMENT

Patient Assessed: ☑ YES ☐ NO Family Assessed: ☐ YES ☑ NO

Patient Responsible for Learning Anticipated Needs: ☑ YES ☐ NO*
*OTHER: ____ #: ____

Patient's Preferred Method of Learning: ☑ No Preference Stated
☐ Hearing ☐ Seeing ☐ Reading ☐ Hands-on

What does patient want to learn about? ☐ Unidentified At This Time
☑ Disease Process ☐ Diet & Nutrition ☐ Community Resources
☐ Medication ☐ Medical Equipment ☑ Follow-up Care
☐ Pain Management ☐ Rehab Techniques ☐ Other: ____

ANTICIPATED EDUCATIONAL NEEDS IDENTIFIED BY STAFF:

☑ Disease Process ☐ Diet & Nutrition ☑ Community Resources
☑ Medication ☐ Medical Equipment ☑ Follow-up Care
☐ Pain Management ☐ Rehab Techniques ☐ Other: ____

ASSESSMENT OF PATIENT'S BARRIERS TO LEARNING:

Motivation: ☑ Good ☐ Fair ☐ Poor
Learning Ability: ☑ Good ☐ Fair ☐ Poor

Emotional/Mental Factors: ☐ NONE
☑ Anxious ☐ Confused ☐ Depressed
☐ Agitated ☐ Combative ☐ Does Not Follow Command

Physical Factors: ☐ NONE
☐ Pain ☑ Age Related ☐ Language Barrier
☐ Fatigue ☐ Medication Effect ☐ Limitation of Illness

V. ADVANCE DIRECTIVE

Patient has an advance directive? ☐ YES ☑ NO
Patient would like help to prepare an advance directive? ☑ YES ☐ NO

VI. DISCHARGE PLANNING

Return: ☐ Home ☑ Family ☐ Rehab ☐ ECF ☐ Unknown

Is Patient currently receiving Home Care Services? ☐ YES* ☑ NO
*Agency: ____

Were any needs identified requiring notification of Coordinated Care? ☐ YES ☑ NO

VII. PHYSICIAN NOTIFICATION

ATTENDING: Dr. Skomar

9/26/06 2:30 PM C Tayn RN
DATE TIME NOTIFIED BY

HOUSE OFFICER: ____

DATE TIME NOTIFIED BY

NURSING ASSESSMENT COMPLETED BY:

9/2/06 2:35 PM C Tayn
DATE TIME RN SIGNATURE

شکل ۲ـ۱۲ (ادامه)

NAZARETH HOSPITAL

NURSING ADMISSION HISTORY

☑ Falls ☐ Seizures ☐ Alzheimer's ☐ Vertigo
☐ CVA ☐ Tumor ☐ Migraines ☐ Mood Changes
☐ R Hemiplagia ☐ Benign ☐ Vertigo
☐ L Hemiplagia ☐ Malignant ☑ Other: "slightly dizzy"

Memory Impairment: ☑ NONE
☐ Acute→ ☐ Short Term ☐ Long Term ☐ Chronic→ ☐ Short Term ☐ Long Term

MUSCULOSKELETAL: ☐ NEGATIVE HISTORY
☐ Fractures: ____
☐ Arthritis: ____
☐ Amputation: ____
☐ Prosthesis: TYPE: ____ ☐ R ☐ L ☐ WITH PATIENT
☑ Other: ↓ movement & strength Ⓛ leg
If **with patient, remind patient hospital not responsible for article.

EENT "pins & needles in Ⓛ leg"

VISION: ☐ NEGATIVE HISTORY
☑ Glasses ☑ WITH PT ☐ Contacts ☐ WITH PT ☐ Prosthesis ☐ WITH PT
☐ Nearsighted ☐ R ☐ L ☐ R ☐ L
☐ Farsighted ☑ Blurred Vision ☐ Blind
☐ Glaucoma ☐ R ☐ L ☐ R ☐ L ☐ R ☐ L
☐ Double Vision ☐ Implants
☐ R ☐ L ☐ R ☐ L
☐ Cataract
☐ R ☐ L

HEARING HISTORY: ☐ NEGATIVE
☑ HOH ☐ Deaf ☐ Earache
☐ R ☑ L ☐ R ☐ L ☐ R ☐ L
☐ Tinnitis ☐ Hearing Aid ☐ WITH PT
☐ R ☐ L ☐ R ☐ L
If with Patient, remind patient hospital not responsible for article.

THYROID: ☑ NEGATIVE HISTORY
☐ Hypothyroid ☐ Hyperthyroid ☐ Surgery
☐ Radiation → Have large doses of radioactive material been used within the last week? ☐ YES* ☐ NO
If YES*, notify Nuclear Medicine Department.

Speech Impairment: ☐ NONE ☐ New* ☐ Old
If NEW*, notify Coordinated Care.

CARDIOVASCULAR: ☐ NEGATIVE HISTORY
☐ MI ☐ PVD ☐ Anemia ☐ Rheumatic H D
☑ HTN ☐ CHF ☐ Phlebitis ☐ Syncope Fainting
☐ CP/Angina ☐ Palpitations ☐ Bleeding Problems
☐ Hypotension ☐ Murmur ☐ Arrhythmia
☐ Pacemaker ☐ Internal Defibrillator ____
Date: ____ ☐ Other: ____
Plutonium Operated Date: ____
☐ YES* ☐ NO
If YES*, notify Nuclear Medicine Department.

PULMONARY: ☑ NEGATIVE HISTORY
☐ TB ☐ Hemoptysis ☐ Cancer
☐ Asthma ☐ Emphysema ____
☐ Bronchitis ☐ Asbestos Exposure ☐ Other
☐ Pneumonia ____
☐ Trach ☐ Exposure to Fumes/Smoke
☐ Old ☐ New
☐ Closed

Dyspnea: ☑ NONE ☐ Activity ☐ Walking Stairs ☐ #pillows/sleep ____
Home O2: ☑ NONE ☐ Activity ☐ Night ☐ Day ☐ PRN Flow Rate ____

GASTROINTESTINAL: ☐ NEGATIVE HISTORY
☐ Colitis ☐ Hepatitis ☐ Diabetes
☐ Ulcers ☐ Heart Burn ☐ Diet
☐ Reflux ☐ Hiatal Hernia ☐ Insulin
☐ Jaundice ☑ Hemorrhoids ☐ PO Meds
☐ Nausea ☐ Hematemesis ☐ Vomiting within last 24 - 48 hrs
☐ Cirrhosis ☐ Diverticulosis ____ /day
☐ Cancer ____
☐ Other: ____

Bowel Pattern:
Last BM: 9/1/06 ☐ Daily ☐ QOD ☐ Q3Day ☑ Other: Q2-3 day
Bowel Problem: ☐ NONE ☑ Constipation ☐ Incontinence
☐ Diarrhea within last 24 - 48 hours ____ /day

NUTRITION:
☑ Regular Diet ☐ ↑ Fiber ☐ ____ Calorie ADA
☐ ↓ Fat ☐ Bland ☐ Fluid Restriction
☐ ↓ Chol ☐ Gluten Free ____ cc
☐ ↓ Sodium ☐ Kosher
☐ Other ____

Food Intolerances: ☑ NONE ☐ Type: ____
Supplements: ☑ NONE ☐ Type: ____
Weight Change: ☑ NONE ☐ Gain ☐ Loss
Amount: ____ Time Period: ____ ☐ Intentional ☐ Unintentional*
Intake < 50% In 3 Days: ☐ YES* ☑ NO
Chewing Difficulties: ☐ YES* ☑ NO
If any * above, notify Nutrition Services.

DENTURES: ☑ YES* ☐ NO ***BROUGHT TO HOSPITAL:** ☑ YES ☐ NO
☐ Partial ☐ ↑ ☐ With Pt FIT: ☐ Loose ☐ Good ☐ Not Worn
☐ ↓ ☐ With Pt FIT: ☐ Loose ☐ Good ☐ Not Worn
☐ Full ☑ ↑ ☐ With Pt FIT: ☐ Loose ☑ Good ☐ Not Worn
☑ ↓ ☐ With Pt FIT: ☐ Loose ☑ Good ☐ Not Worn
If with Patient, remind patient hospital not responsible for article

Swallowing Difficulties: ☑ NONE ☐ Recent* ☐ Long Term
☐ Solids ☐ Liquids
Coughing During Or After Meals: ☑ YES* ☐ NO
If any * above, notify Coordinated Care.

GENITOURINARY: ☑ NEGATIVE HISTORY
☐ Renal Disease ☐ Kidney Stones ☐ Prostate Problems
☐ Cancer ____ ☐ Other: ____

PROBLEMS URINATING: ☑ NONE
☐ Anuria ☐ Nocturia ☐ Dialysis
☐ Hesitancy ____ /night ☐ Peritoneal
☐ Dysuria ☐ Self Catheterization ☐ Hemo
☐ Urgency Frequency ____ Site ____
☐ Incontinence Schedule ____
☐ Frequency ☐ Other: ____
☐ Hematria

GENITALIA PROBLEMS: ☑ NONE
☐ Discharge ☐ Burning ☐ Abnormal Bleeding ☐ STD
☐ Other: ____

شکل ۲ـ۱۲ (ادامه)

NAZARETH HOSPITAL
NURSING ADMISSION
PHYSICAL

VS — BP 184/120 P 88 R I R 18 T 98.2 O R A T
HT 5'2" Actual Estimated WT ____ Actual Estimated

PAIN — Current Pain Intensity(0-10): 3
Scale Used: Numeric Scale Faces Scale FLACC Scale
Has Patient had pain in the last week? Yes No H/A
Unable to obtain information
Complete Initial Pain Assessment Form if Pain Intensity is >5 or if patient has had pain in the last week.

SKIN — Turgor: Normal Tenting
Color: Normal Pale Flushed Mottled Jaundiced Dusky Cyanotic
Temperature: Cool Warm Clammy Hot Wet
Integrity: Normal
Abrasion ____ Burn ____
Ecchymosis ____ Scar ____
Laceration ____ Wound ____
Rash → Macule Papule ____
Are Multiple Alterations in Skin Integrity or Pressure Ulcers Present? ☐YES* ☑NO If YES*, Complete Skin Integrity Assessment

Norton Risk Assessment Scale
Circle 1 item for each area, add up total score. Range is 5 - 20. The Lower the total score the greater the risk of developing a pressure ulcer.

Physical		Mental		Activity		Mobility		Incontinent	
Good	4	Alert	4	Ambulant	4	Full	4	Almost never	4
Fair	3	Apathetic	3	Walk/help	3	SL limited	3	Occasionally	3
Poor	2	Confused	2	Chairbound	2	V. limited	2	Usually UA	2
V.Poor	1	Stupor	1	Bed	1	Immobile	1	Both UA/BM	1

Total Score: 19
If <15, implement Potential Risk For Impaired Skin Integrity Care Plan.

NEUROMUSCULAR — LOC: Alert Lethargic Unresponsive
Mental Status: Pleasant Cooperative Anxious Agitated Follows Command Depressed Confused Combative
Oriented: Person Place Time
Pupils: Right (/mm) Left (/mm)
Reaction: Brisk / Brisk; Sluggish / Sluggish; Non-reactive / Non-reactive
Appearance: Normal / Normal; Dilated / Dilated; Constricted / Constricted; Fixed / Fixed
Speech: Clear Slurred Garbled Stuttering Aphasic → Receptive Expressive
Gait: Steady Unsteady Shuffling Limping Bedbound
Extremities: Well Developed Hypertrophied Atrophied Contracted
Tone: Normal Rigid Flaccid Spastic
Strength: Strong Weak Left leg

EENT — Eyes: Normal R: Normal Red Jaundiced Discharge
L: Normal Red Jaundiced Discharge
Ears: Normal R: Normal Discharge Other: ____
L: Normal Discharge Other: ____
Nose: Normal R Nare: Normal Discharge/Drainage
L Nare: Normal Discharge/Drainage
Oral Cavity: Normal Bleeding Lesions Other:
Teeth: Normal Missing Dentures

CARDIAC — Edema: None
Arm: RU: +1 +2 +3 +4 LU: +1 +2 +3 +4
RL: +1 +2 +3 +4 LL: +1 +2 +3 +4
Leg: RU: +1 +2 +3 +4 LU: +1 +2 +3 +4
RL: +1 +2 +3 +4 LL: +1 +2 +3 +4
Sacral Anasarca Other: ____
Apical Rate: 90 Regular Irregular
Radial Pulse: R: Strong Weak Absent Doppler
L: Strong Weak Absent Doppler
Pedal Pulse: R: Strong Weak Absent Doppler
L: Strong Weak Absent Doppler
Vascular Dialysis Access: None R L
Type: Bruit: Present Absent N/A

PULMONARY — Cough: None Non-Productive Productive
Clear White Green Yellow Tan
Hemoptysis Thick Thin
Breathing Pattern: Normal Dyspnea Kussmaul
Labored Periodic Apnea Cheyne-Stokes Agonal
Breath Sounds: Clear **Right Lung** **Left Lung**
Absent ____ ____
Diminished ____ ____
Rhonchi ____ ____
Rales/Crackles ____ ____
Insp. Wheeze ____ ____
Exp. Wheeze ____ ____

GASTRO — Bowel Sounds:
RUQ: Normal Increased Decreased Absent
LUQ: Normal Increased Decreased Absent
RLQ: Normal Increased Decreased Absent
LLQ: Normal Increased Decreased Absent
Abdomen: Soft Firm Tender Non-tender
Abdominal Tubes/Ostomies: None Peg Gastro
Biliary Jejunostomy Colostomy Illeostomy
APPLIANCE:

GU — Urinary Device: ☑None ☐ Catheter-TYPE ____
LAST CHANGED ____
Urostomy - APPLIANCE ____
Nephrostomy Tube: ☑None Right Left
Flank Tenderness: ☑None Right Left
Urine Appearance: ☑Not Visualized
Clear Cloudy Pale Straw Sediment
Sediment Hematuria Concentrated
Genitalia Appearance: ☑Not Visualized Normal
Other:

Does any of the physical assessment findings reflect suspected elder, domestic or child abuse?
☐ YES* ☑ NO
If YES, notify Social Worker by consult.*

RN Signature: Carol Tayn
Date: 9/2/06 Time: 2:35 PM

شکل ۲ـ۱۲ (ادامه)

نیاز برای پرستاری

پرستاران به صورت کوتاه مدت و بلندمدت با بیمار تعاملات دارند (مانند مراقبت کوتاه مدت از یک بیمار بعد از جراحی در مقابل مراقبت طولانی‌مدت جهت بهبودی بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه و ماهیت این مراقبت‌ها توسط نیازهای بیمار مشخص می‌شود (مانند کمک در تولد یک نوزاد در مقابل حمایت و مراقبت از یک بیمار در حال مرگ در منزل) هر دو بشدت تحت تأثیر نوع اطلاعات جمع شده توسط پرستار قرار می‌گیرند. هنگام ارزیابی بیمار جهت کسب اطلاعات به خصوص اطلاعاتی که در هنگام برنامه‌ریزی و ارایه مراقبت پرستاری مورد استفاده قرار می‌گیرد استفاده از راهبردهای موجود مفید می‌باشد. استفاده از این راهبردها گاهی اوقات نامناسب می‌باشد بطور مثال جمع‌آوری جزئیات تاریخچهٔ جنسی در بیماری که نیمه‌های شب در بیمارستان پس از یک ضربه مختصر به سر پذیرش می‌شود. بر عکس پرستار بایستی نسبت به سؤالات خانم بارداری که در بیمارستان پذیرش شده و تحت نظر قرار گرفته دقت نماید زیرا ممکن است سؤالاتی در بارهٔ فعالیت جنسی خود پس از پاک شدن از خونریزی و رفتن به منزل داشته باشد.

به گذشته فکر کنید راجع به جیمز فارن دانشجوی سال پایینی که در شروع فصل توصیف شد. پرستار بایستی الگوی خواب، تغذیه و عادات حرکتی و فعالیت و همچنین حالت روحی روانی وی را ارزیابی نماید تا وی راجع به مشکلات واقعی و احتمالی خودش بصیرت پیدا کند. به هر حال ارزیابی و شناخت جزئیات عادات دفعی احتمالی وی در این زمان، کاری نامناسب تلقی می‌گردد.

توجهات لازم در اعمال پرستاری

اطلاعاتی که قبلاً از بیمار گردآوری و ثبت شده است نبایستی مجدداً از وی گرفته شود مگر این که نیاز به تأیید اعتبار اطلاعات باشد. سوالات تکراری می‌تواند برای بیمار ناراحت کننده باشد و ممکن است وی نسبت به فقدان ارتباط بین اعضاء حرفه‌ای تیم بهداشتی مراقبتی متعجب گردد. بررسی دقیق گزارشات ثبت شده بیمار قبل از مصاحبه با وی می‌تواند از این مشکل پیشگیری نماید. قبل از ملاقات بیمار جدید دقایقی را بدقت در ارتباط با نوع اطلاعات مورد نیاز برای برنامه‌ریزی مراقبت با کیفیت بالا فکر کنید این امر می‌تواند فوق العاده سودمند باشد. بعد از این که ارزیابی جامعی از بیمار بعمل آوردید مشکلات سلامتی بیمار را بر اساس اولویت جهت تعاملات اینده بین بیمار و پرستار لیست نمایید.

ساختار ارزیابی

به دلیل این که اطلاعات گردآوری شده از بیمار بسیار متنوع و متفاوت می‌باشد نیاز به ساختار خاصی برای گردآوری سیستماتیک اطلاعات وجود دارد. استفاده از راهبردهای سیستماتیک اختصاصی توسعه یافته برای ارزیابی پرستاری یقیناً سبب گردآوری اطلاعاتی جامع و کامل برای هر بیمار شده و این فرایند به راحتی سبب شکل‌گیری تشخیص‌های پرستاری می‌گردد. هنگامی که استفاده از چنین راهبردهایی جهت ارزیابی در پرستار درونی و باطنی می‌گردد تمرکز بر روی بیمار در طی مدت ارزیابی بسیار ساده‌تر از زمانی است که وی در ارتباط با ارزیابی عوامل بعدی نگران است. بیشتر دانشکده‌های پرستاری و مؤسسات مراقبتی بهداشتی ساختار راهبردی ارزیابی خود را توسعه داده‌اند. بیشتر این ساختارها بر اساس تئوری‌های انتخاب شدهٔ پرستاری می‌باشد. به طور مثال این کتاب از الگوی عملکرد سلامتی گوردون استفاده کرده است (۱۹۹۴). تعداد زیادی از ارزیابی‌های پرستاری بر اساس مدلهای جامع است تا مدلهای پزشکی.

هرم مازلو استفاده از پنج نیاز طبقه‌بندی شده انسان بر اساس اولویت است. یک مدل غیر پرستاری جهت سازماندهی اطلاعات گردآوری شده استفاده می‌گردد که تمامی پرستاران نیز با آن آشنا هستند و آن مدل سیستم‌های بدن یا مدل طبی می‌باشد. این روش بر طبق عملکرد بافت و ارگان در سیستمهای متنوع بدن اطلاعات گردآوری شده را سازماندهی می‌نماید اگرچه این روش برای شکل دادن تشخیص‌های پرستاری وابسته به مشکلات فیزیولوژیک سودمند می‌باشد اما در ارتباط با مشکلات و نقاط قوت سایکولوژیک و ابعاد معنوی سلامتی و بهبودی غفلت نموده است (به کادر ۱ـ۱۲ نگاه کنید).

گردآوری اطلاعات

انواع اطلاعات: اطلاعات عینی[1] و ذهنی[2]

دو نوع اطلاعات وجود دارد: اطلاعات ذهنی و اطلاعات عینی

اطلاعات ذهنی: اطلاعاتی هستند که فقط توسط فردی که تحت تأثیر قرار گرفته دریافت می‌شود. این اطلاعات نمی‌تواند توسط افراد دیگر دریافت و یا تشخیص داده شود. مثالهایی از اطلاعات ذهنی عبارتست از: احساس عصبی بودن، حالت تهوع یا احساس لرز و تجربه درد. همچنین اطلاعات ذهنی را سیمپتوم یا اطلاعات پوشیده نیز می‌نامند.

1- Objective Data
2- Subjective Data

کادر ۱ـ۱۲. الگوهایی برای سازماندهی یا دسته‌بندی اطلاعات

کل نگر		طبی	
نیازهای بشری (مازلو)	**الگوی سلامتی عملکردی (گوردون)**	**الگوی واکنش متقابل انسانی**	**مدل سیستم بدن**
فیزیولوژیک (حیاتی) نیازها: غذا، آب، اکسیژن، دفع، حرارت، آسایش جسمی نیازهای ایمنی و امنیت: چیزهای ضروری برای ایمنی فیزیکی و امنیت روحی روانی (مانند اسباب‌بازی محبوب بچه) نیازهای دوست داشتن و تعلق خاطر داشتن: خانواده و افراد با اهمیت دیگر نیازهای اعتماد به نفس: چیزهایی که سبب می‌شود انسان احساس اطمینان درباره خودش داشته باشد و مطمئن بودن توانایی‌هایش (مانند خوب اداره کردن خود، داشتن حس تشخیصی مناسب) نیازهای تعالی نفس: نیاز به رشد، تغییر و دستیابی به اهداف	درک سلامتی، اداره سلامتی: درک وضعیت سلامتی عمومی و خوب بودن، انجام اعمال پیشگیری. تغذیه، متابولیک: الگوی غذایی و جذب مایعات، تعادل مایعات والکترولیتها، توانایی عمومی در ترمیم و درمان. دفع: الگویی از اعمال ترشحی دفعی (روده، مثانه، پوست) و درک مددجو فعالیت، تمرین: الگوی تمرین فعالیت، فرصت، دو مرتبه ایجاد کردن و فعالیتهای روزانه فاکتورهایی که در طراحی الگوی فردی قابل انتظار طراحی شده. شناختی، درکی: کفایت عوامل حسی و عصبی مانند دیدن، شنیدن، چشیدن، لمس کردن، بوییدن، درک درد، توانایی عملکرد شناختی خواب، استراحت: الگوی خواب و استراحت و آرامش در ۲۴ ساعت از نظر کیفیت و کمیت. درک از خود، برداشت ذهنی از خود: نگرش دربارهٔ خود، درک توانایی‌ها، تصویر ذهنی، هویت، حس عمومی خوب یا بد و الگوی عاطفی. جنسی و تولید مثل: احساس لذت یا عدم لذت با اعمال جنسی. وضعیت تولید مثل و الگوی تولید مثل. تطابق، تحمل استرس: الگوی عمومی تطابق تحمل تنش، سیستمهای حمایتی و توانایی درک، کنترل و اداره موفقیت. ارزشها و اعتقادات: ارزشها، اهداف یا باورهایی که ما را به سمت تصمیم‌گیری و قضاوت راهنمایی می‌کنند.	تعویض: وضعیت تغذیه‌ای، دما، دفع، اکسیژناسیون، گردش خون، تعادل مایعات، پوست و لایه موکس، خطر برای آسیب ارتباط: توانایی بیان کلامی تفکرات، آگاهی، تعدیل طریقه صحبت کردن، موانع زبان. ایجاد سند، تعاملات اجتماعی، سیستمهای حمایتی، ایفاء نقش (شامل والدین، شغلی و نقش جنسی). ارزشی: اعمال مذهبی و فرهنگی ارجح، ارتباط خاصی با رژیمهای خاص، درک رنج و درد، پذیرفتن ناخوشی. انتخاب: توانایی در تصمیم‌گیری و پذیرفتن کمک، تطابق با وضعیت سلامت، طراحی برای وابستگی و استقلال، انکار مشکلات، پیوستگی درمان حرکت: تحمل فعالیت، توانایی خودپایی، الگوهای خواب، فعالیتهای تفریحی، تاریخچه ناتوانی. نیازهای ایمنی تصور کردن: تصویر ذهنی، اعتماد به نفس، توانایی استفاده از پنج حس. میزان امیدواری، درک توانایی، کنترل موقعیت‌های جاری دانستن: دانش در ارتباط با ناخوشی‌های جاری یا درمانهای آنها، بیماریهای قبلی، عوامل خطرزا، انتظارات از درمانها، توانایی‌های شناختی، آمادگی یادگیری، آگاهی، حافظه احساس کردن: درد، غم و اندوه، خطر خودکشی، میزان اضطراب، حالات احساسی روحی روانی	عصبی قلبی عروقی تنفسی گوارشی اسکلتی عضلانی ادراری تناسلی روانی اجتماعی

اطلاعات عینی: اطلاعاتی قابل مشاهده و اندازه‌گیری بوده که توسط دیدن، شنیدن یا احساس کردن توسط فردی غیر از شخص تجربه کننده دریافت می‌شود.

اطلاعات عینی که توسط فردی مورد بررسی ومشاهده قرار می‌گیرد می‌تواند توسط فرد دیگری نیز در بیماری مشابه مورد مشاهده قرار گیرد. مثالهایی از اطلاعات عینی شامل خواندن دمای افزایش یافته (مانند ۱۰۱ درجه فارنهایت)، پوستی که مرطوب است و امتناع از نگاه کردن یا غذا خوردن می‌باشد.

همچنین اطلاعاتی عینی علایم یا اطلاعات آشکار نیز نامیده می‌شود. جدول ۱ـ۱۲ مقایسه اطلاعات عینی و ذهنی است. به اطلاعات عینی و ذهنی در ارتقاء تفکر انتقادی توجه کنید زیرا دو نوع اطلاعات، اطلاعات را کامل می‌کنند.

جدول ۱ـ۱۲. مقایسه اطلاعات عینی و ذهنی

اطلاعات ذهنی	اطلاعات عینی
«احساس می‌کنم بهتر هستم و وزن بدنم کمتر شده است و به نظر می‌رسد که انرژی زیادی دارم» «هنگامی که قدم می‌زدم ساق پایم آسیب دید» من از آن چیزی که ممکن است فردا پس از برش جراحی و باز کردن نسج پیدا شود نگران هستم.	مرد ۳۲ ساله ـ قد: ۱۶۰cm وزن: ۷۲kg در تاریخ ۷۹/۳/۱ ۷۰kg در تاریخ ۷۹/۱۲/۱ قسمت میانی و پشت ساق پای چپ قرمز و گرم می‌باشد. بیمار در مشاهده بیقرار بوده و خود را توسط پوشش تخت پوشانده است. ظاهر صورت بیمار چروکیده می‌باشد.

اطلاعات مهیا شده در سناریو برای سیلویا وو که در تمرین متفکرانه مطرح شده را مرور نمایید. او از نشانه‌های خاموش (سیمپتوم) شبه سرماخوردگی شکایت داشت که این اطلاعات برای پرستار اطلاعات ذهنی را مهیا می‌کرد. شنیدن سرفه‌های او، توجه به خلط تولید شده، مشاهده حلق بیماری برای قرمزی و تحریک و کنترل دمای بدن، اطلاعات عینی را برای پرستار مشخص و مهیا می‌نماید که به تعیین شکایات اساسی بیمار کمک می‌کند.

صفات اختصاصی اطلاعات

هنگام گردآوری و ثبت اطلاعات بیمار، پرستار بایستی از مناسب، دقیق، کامل و حقیقی بودن اطلاعات مطمئن باشد.

کامل بودن اطلاعات

به هر صورتی که امکان دارد بایستی تمام اطلاعات مورد نیاز جهت درک مشکل سلامتی بیمار و توسعه برنامه مراقبتی وی برای حداکثر ارتقاء سطح سلامتی و بهبودی بطور دقیق مشخص گردد. برای مثال دانستن این که بیمار دچار کاهش وزن شده است تازمانی‌که اطلاعات زیر کسب نشود معنی و مفهوم کاملی نخواهد داشت (۱) آیا کاهش وزن ارادی بوده یا غیرارادی. (۲) آیا کاهش وزن در ارتباط با تغییر در الگوی تغذیه‌ای یا فعالیتی بوده است یا بعضی شرایط پاتولوژیک سبب ایجاد این تغییر شده است و (۳) نظر و واکنش بیمار نسبت به از دست دادن وزن چگونه است.

حقیقت و دقت

هم بیمار و هم پرستار ممکن است سهواً یا عمداً اطلاعات بیمار را بد نشان داده و یا وانمود نمایند که اطلاعات محدود می‌باشد. بطورمثال ممکن است بیماری که لاغری را یک ارزش می‌داند افزایش چند پوند وزن را دلیلی بر شروع چاقی تلقی نماید.

پرستارانی که بیمار را بررسی و مشاهده می‌نمایند نگران دقت و صحت اطلاعات کسب شده توسط حواس از بیمار می‌باشند.

در آغاز جمع‌آوری اطلاعات تعیین این که آیا بیمار و یا مراقبین در گردآوری اطلاعات قابل اعتماد هستند، بسیار با اهمیت است. هنگامی که پرستاران معتقدند که پرسنل آنها متعصبانه یا کلیشه‌ای اطلاعات بیمار را جمع‌آوری می‌نمایند بایستی با پرستاران دیگر در این رابطه مشورت نمایند. بهترین روش برای گردآوری اطلاعات، توصیف رفتارهای مشاهده شده بیمار است نه تفسیر مشاهدات. ممکن است جملات توصیف کننده زیر را در ارتباط با بیمار بخوانید «مکرراً مشاهده گردید که بیمار صورتش را بر روی دیوار می‌گذارد و از صحبت کردن دوری می‌نماید. او امروز ظهر نهار نخورده و شام فقط سوپ خورده است به عبارت دیگر بکار بردن جمله «بیمار افسرده است» تعبیر پرستار از رفتار بیمار می‌باشد این جمله حقیقت را بیان نمی‌کند. ثبت حقیقی رفتار بیمار سبب کشف علل رفتارهای خاص در بیمار توسط افراد دیگر حرفه‌ای تیم مراقبتی بهداشتی می‌گردد.

مرتبط بودن اطلاعات: به دلیل ثبت اطلاعات جامع می‌توان به وظایف بی‌پایان به خوبی عمل نمود یکی از مهمترین تلاشهایی که پیش روی پرستاران است تعیین نوع و میزان اطلاعات گردآوری شده برای هر بیمار می‌باشد. این فصل توصیف کننده راههای انجام این کار است. هدف اصلی ثبت مختصر تمام اطلاعات موجود مرتبط می‌باشد. غالباً پرستاران با تجربه اطلاعات مورد نیاز اختصاصی در ارتباط با بیمار را گردآوری می‌نمایند. تمرکز بقیه فصل بر روی فراگیری چگونگی گردآوری و معتبرسازی اطلاعات به نحوی بوده که اطلاعات کامل، دقیق، حقیقی و مناسب باشد.

منابع اطلاعات

بیمار

بیمار معمولاً اولین و بهترین منبع گردآوری اطلاعات می‌باشد. بیشتر اطلاعات گردآوری و ثبت شده در برگه تاریخچه پرستاری بجز اطلاعات بسیار تخصصی با استفاده از بیمار تهیه می‌گردد. بیشتر بیماران هنگامی که متوجه سهم ارزنده اطلاعات در تهیه برنامه مراقبتی سودمند می‌گردند بیشتر همکاری می‌نمایند.

اگرچه اطلاعات گردآوری شده از بیمار معمولاً دقیق می‌باشد پرستار بایستی متوجه مشکلات اساسی باشد. برای مثال بیماری که دارای یک ناخوشی حاد می‌باشد ممکن است نتواندارتباط کافی برقرار نماید. مثل زمانی که درد شدیدی دارد و یا به هر دلیلی دچار کاهش سطح هوشیاری شده است. احساس آشفتگی بیمار ممکن است اطلاعات را بد جلوه دهد. برای مثال بیمارانی

که وحشت‌زده هستند به دلیل این که تصور می‌کنند بیماریشان ممکن است کار یا زندگی آنها را تهدید کند. شاید علایم اساسی ذهنی را که درک کرده‌اند عملاً مخفی نموده و سبب عدم دستیابی به حقایق گردند. چنانچه پرستار متوجه اختلاف موجود بین علایم گزارش شده توسط بیمار و یافته‌های فیزیکی و یا اطلاعات بدست آمده از منابع دیگر گردد، بسیار با اهمیت است که این مشکل را ثبت نموده و در جستجوی کشف این اختلاف باشد. نمی‌توان به دقت گزارشات بیمارانی با محدودیت‌های مغزی و بیماران بسیار جوان اعتماد نمود. کودکان و افرادی با کاهش ظرفیت مغزی یا اختلال در توانایی‌های کلامی بایستی برای پاسخگویی به پرسش‌هایی مصاحبه به عنوان بهترین کاری که می‌توانند انجام دهند تشویق گردند. با کسب اطلاعات و ارتباط قوی می‌توان اطلاعات مناسبی را کسب نمود.

خانواده و افراد مهم دیگر

زمانی که بیمار کودک است و یا محدودیتی در ارایه اطلاعات به پرستار دارد اعضاء خانواده دوستان و مراقبت کنندگان منابع مخصوص و سودمندی جهت کسب اطلاعات می‌باشند. شوهران و زنان می‌توانند اطلاعات با ارزشی در ارتباط با یکدیگر مهیا نمایند. دوستان معمولاً بیمار را در مراکز درمانی همراهی نموده و می‌توانند اطلاعات سودمندی را مهیا نمایند. همچنین بایستی اقوام و دوستان بیمار، وی را درک نمایند که اطلاعات گردآوری شده کاملاً محرمانه می‌باشد. بهرحال اطلاعات بدست آمده از افراد حامی بیمار بایستی در تاریخچهٔ پرستاری ثبت شده باشد. هنگامی که بیماران نمی‌توانند انگلیسی صحبت کنند خدمات مترجمی مورد نیاز است. این مهم نیست که دقیقاً جهت ارتباط با اقوام بیمار از مترجم استفاده شود بلکه سعی و تلاش شما در برقراری ارتباط با بیمار مهم است.

ثبت گزارشات بیمار

گزارشات آماده شده بوسیله اعضاء مختلف تیم بهداشتی مراقبتی مهیا کننده اطلاعات ضروری جهت مراقبت پرستاری جامع از بیمار می‌باشد. پرستار بایستی در هنگام گرفتن اطلاعات، کلیه گزارشات موجود بیمار را مرور نماید. برای نمونه مرور گزارشات بیمار قبل از اولین تماس با بیمار، مرور چنین گزارشاتی به تمرکز ارزیابی پرستاری و تأیید و گسترش اطلاعات بدست آمده از منابع دیگر کمک می‌نماید. ثبت یا چارت وضعیت سلامتی بیمار شامل اطلاعاتی از قبیل سن، جنس، شغل و مذهب، نزدیکترین خویشاوند و وضعیت اقتصادی بوده که نوعی از ثبت گزارشات می‌باشد. ثبت گزارش سلامتی بیمار اطلاعاتی است که توسط

از دید یک دانشجو

در مدت دورهٔ آموزشی پرستاری بیماریهای داخلی - جراحی گروه بالینی مرا در بخش انکولوژی به کار گماشت. اولین فکر من این بود «آه، نه در بخش سرطان نه» حتی کلمه ترس بیان کننده احساس من نبود این بیماران به اندازه کافی بدون حضور دانشجویان پرستاری مسئله دارند و در مدت روز وضعیت بدی را دارند من فکر می‌کنم این بیماران در انتهای ناخوشی خود قرار دارند و نمی‌خواهند توسط سؤالات تحمیلی من به دردسر بیافتند. بهرحال من باید این کار را انجام دهم. نه تنها من بایستی تمام روز از این بیمار مراقبت نمایم بلکه مجبورم اطلاعات پایه و طرح مراقبتی را توسعه دهم. من می‌دانم که بایستی نسبت به صبح بیشتر از او مراقبت کرده، سپس وی را ترک نمایم. من بایستی جهت کسب تمامی اطلاعاتی که نیاز دارم با بیمار مکالمه‌ای وسیع و طولانی انجام دهم، چنانچه اطلاعات من کامل نگردد با اظهار اعتراض بیمار مواجه می‌شوم به علت این که بیمارم فقط یکسال از من بزرگتر است. مردی ۲۸ ساله با سرطان وخیم در مرحله انتهایی، این یک داغ است. روز بالینی من امد، همان طوری که می‌دانستم شروع کردم به لرزیدن. من به سمت اتاق بیمار رفتم و پس از پیوستن به وی برنامه مراقبتی را اجرا می‌کردم. من به او توضیح دادم که راجع بعضی از چیزهایی که نمی‌توانم باور کنم می‌خواهم با وی صحبت نمایم. او به من نگفت من را تنها بگذار. با صحبت طولانی راجع به فرآیند بیماری او و چگونگی تحت تأثیر قرار گرفتن برنامه‌ها واهداف درمانی توسط بیمار برای او داشتیم. او نظراتش را دربارهٔ احساس روحانی خویش، ارتباط دوستان و خانواده و موضوعات دیگر شغلی برای من بازگو نمود. گاهی اوقات او می‌گریست و من می‌گفتم حالا زمان استراحت است. او در آن زمان، در صورت ادامه مکالمه، لطمه شدیدی می‌خورد. در پایان روز نقطه نظرهای من بطور کامل نسبت به صبح متفاوت بود. من از اتاق بیمار دور شدم و هنگام ترک بخش احساس کاملاً متفاوتی نسبت به این افراد داشتم بنظر می‌رسید بیمار برای وقتی که جهت صحبت کردن با وی در اختیار او گذاشته بودم قدردان بود. اطلاعاتی که از بیمار گرفته شد مرا در توسعه بهتر طرح مراقبت‌های پرستاری جهت پاسخگویی به نیازهای ویژه وی یاری نمود. درسی که من آموختم بسیار با اهمیت بود. من آموختم آرام و مهربان باشم و یاد گرفتم پرستاری اجر و پاداش زیادی دارد. نانسی دریسکیل (Nancy E.Driskill)

افراد حرفه‌ای مختلفی در سیستم درمان مانند پزشکان، مددکاران اجتماعی، متخصصین تغذیه، فیزیوتراپیستها و تکنسین‌های آزمایشگاه گردآوری می‌شود. پرستارانی که تمایل دارند مراقبت‌های پرستاری آنها حمایت کننده بیماران و پاسخگوی تغییر وضعیت سلامت در آنها باشد علاوه بر اشنا بودن با

گزارشات مراقبت‌های پرستاری و یادداشتهای پرستاری از بیشتر قسمت‌های ثبت گزارشات بیمار بایستی آگاه باشند.

برای سوزان مورگان بیمار ۳۴ ساله‌ای که اخیراً دچار MS شده است پرستار بایستی گزارشات طبی وی را مرور نموده تا اطلاعات لازم در ارتباط با تشخیصها، برنامه‌های درمانی شامل مشاوره متخصصین و درمانهای تخصصی همین طور موقعیت فعلی او در منزل را مشخص نماید. این اطلاعات جهت تعیین دیدگاه پرستار برای مشخص نمودن تاریخچه پرستاری و معاینات فیزیکی و برنامه‌ریزی مراقبتی از بیمار بسیار حائز اهمیت است.

در زیر منابع مهم اطلاعاتی برای بیمار ذکر شده است.

تاریخچه‌پزشکی[1]، معاینات‌فیزیکی[2] و یادداشتهای سیر بهبودی[3]

این منابع یافته‌های حاصل از ارزیابی و درمان پزشکی بیماران را ثبت می‌نماید. تمرکز این گزارشات بر روی تعیین شرایط پاتولوژیک و علل ایجاد کننده این شرایط و تعیین رژیمهای طبی برای درمان بیمار می‌باشد.

مشاوره

پزشکان بیمار ممکن است از متخصصین مختلفی جهت ارزیابی و کار با بیمار دعوت نمایند. تمرکز این مشاورین بر روی تعیین یافته‌هایی است که به تشخیص پزشکی یا طرحهای درمانی و رژیمهای درمانی کمک می‌نماید.

گزارشات آزمایشگاهی و دیگر مطالعات تشخیصی

گزارش مطالعات آزمایشگاهی و دیگر تستهای تشخیصی مانند رادیوگرافی‌ها، اطلاعات عینی پرستاری گردآوری شده توسط تاریخچهٔ پرستاری و معاینات پرستاری را تأیید و یا تکذیب می‌نماید.

نتایج حاصل از مطالعات تشخیصی جهت تثبیت تشخیص پزشک و کنترل پاسخ متقابل بیمار نسبت به درمان سودمند می‌باشد همچنین ممکن است نتایج مشابه چنین مطالعاتی برای ارزشیابی موفق مداخلات پرستاری سودمند باشد.

گزارش مداخلات درمانی توسط دیگر اعضاء حرفه‌ای تیم مراقبتی بهداشتی

دیگر افراد حرفه‌ای عضو تیم مراقبتی بهداشتی که با بیمار تعامل دارند یادداشتهای سیر بهبودی و یافته‌های بدست آمده را در محل‌های بخصوصی ثبت می‌نمایند برای مثال تغذیه درمانی درمانهای فیزیکی یا گفتار درمانی بایستی ثبت گردد. این گزارشات در ارزیابی سیر بهبودی بیمار مفید بوده و همچنین در تعیین توانایی بیمار برای بازگشت به منزل و مراقبت مستقلانه از خود کمک می‌نماید. ثبت پذیرش‌های قبلی در مؤسسات بهداشتی مراقبتی و گزارش قبلی موسسات بهداشتی دیگر مانند مؤسسات خدمات اجتماعی یا مؤسسات مراقبتی بهداشتی در منزل نیز منابع اطلاعاتی با ارزشی می‌باشند این اطلاعات شامل اطلاعات درباره مشکلات طبی یا جراحی بیمار و الگوی واکنش بیمار می‌باشد که ممکن است در تعیین طرحهای مراقبتی جاری تأثیر داشته باشد.

افراد دیگر حرفه‌ای تیم مراقبتی بهداشتی

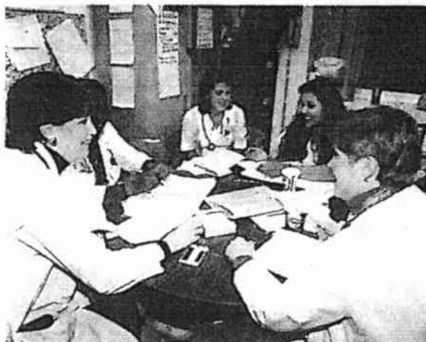
پرستاران می‌توانند مقدار زیادی اطلاعات را در بارهٔ عادات بهداشتی طبیعی بیماران و الگوها و پاسخ متقابل به ناخوشی را بوسیله صحبت کردن با پرستاران دیگر، پزشکان و مددکاران اجتماعی و دیگر اعضای تیم مراقبتی بهداشتی فرا گیرند (شکل ۳-۱۲) ضمن این که چنین ارتباطی همیشه مهم می‌باشد. هنگام انتقال بیمار از منزل به مؤسسه بهداشتی یا بیمارستان دیگر نیز این اطلاعات می‌تواند اهمیت بیشتری داشته باشد. تنها راه اطمینان از تداوم مراقبت تلاش وافر جهت سهیم شدن در اطلاعات واقعی بیمار می‌باشد.

نوشته‌های پرستاری و دیگر اعضای تیم مراقبتی بهداشتی

جهت کسب اطلاعات پایه و جامع از بیمار ممکن است، مشاورهٔ پرستاری و مرور نوشته‌های مشخص کننده مشکلات اختصاصی سلامتی ضروری باشد برای مثال چنانچه پرستاری تاکنون از بیماری یا بیماری پاژه مراقبت نکرده است بسیار با اهمیت است که وی قبلاً تظاهرات بالینی بیماری را خوانده و دانش را که بایستی در هنگام بررسی بیمار از آن آگاه باشد را توسعه دهد.

بعلاوه جهت کسب اطلاعات لازم در ارتباط با تشخیص‌های طبی، درمان و پیش‌آگهی بیماری مرور سوابق و یادداشتهای پرستاری در زمینه‌های تشخیص‌های پرستاری، توسعه موارد طبیعی و انجام اعمال معنوی و روانی اجتماعی در هنگام بررسی و مراقبت از بیمار مفید می‌باشد.

1- Medical History
2- Physical Examination
3- Progress Nute



شکل ۳ـ۱۲. پرستاران می‌توانند اطلاعات زیادی در ارتباط با عادات بهداشتی و الگوها و پاسخ‌های متقابل بیمار به بیماری را از پرستاران دیگر پزشکان، مددکاران اجتماعی و دیگر اعضاء تیم مراقبتی بهداشتی بدست آورند. این تبادل اطلاعات خصوصاً در هنگام ارجاع بیمار از یک مرکز بهداشتی درمانی به مرکز دیگر و یا به خانه وی حائز اهمیت است.

برای سیلویا ووُ تشخیص احتمالی بیماری سارس می‌تواند وحشت‌آور باشد. برای مراقبتی مقتضی، پرستار احتیاج به دانستن اطلاعات زیادی از بیماری دارد با انجام این کار و داشتن اطلاعات کافی می‌توان بهترین اعمال را برای وی انجام داد و از وی حمایت نمود.

اجزاء جمع‌آوری اطلاعات

اجزاء گردآوری اطلاعات شامل تاریخچهٔ پرستاری و ارزیابی فیزیکی پرستاری است. این اطلاعات ممکن است بر روی یک ابزار ارزیابی مجزا یا بر روی فرم اطلاعاتی ترکیب شده همان طوری که در شکل ۲ـ۱۲ نشان داده شده است ثبت گردد.

بررسی و مشاهده کلید مهارت پرستاری است که توسط تاریخچه پرستاری یا انجام معاینات فیزیکی بدست می‌آید. مشاهده استفاده سنجیده و هوشیارانه از پنج حس در گردآوری اطلاعات می‌باشد. پرستاران ماهر از هر تعامل بیمار پرستار جهت مشاهده و تفسیر محرکهای معنی‌دار (اطلاعات) استفاده می‌نمایند. دانشجویان پرستاری می‌توانند مهارت‌های مشاهده را بوسیله تمرین مشاهده با دقت بالا با هر بیماری که مواجه می‌شوند بر طبق موارد زیر بدست آورند:

- پاسخ‌های متقابل جاری بیمار نسبت به موقعیت (فیزیکی و عاطفی) فعلی چیست؟ آگاه بودن به علایم دیسترس در هنگام تنفس، خونریزی، درد، اضطراب به نحوی که همه چیز از اختیار خارج شده است مانند بروز ناگهانی راش یا تغییر در سطح هوشیاری
- توانایی‌های بیمار در اداره و مراقبت از خود چگونه است (آیا نیازی به اطلاعات اضافی یا کمک در پرستاری هست؟)
- مسائل فوری در محیط چیست؟ توجه به ایمنی محیط مانند عملکرد مناسب تجهیزات (وسایل ورید درمانی، اکسیژن درمانی و درنها)، چه کسی در منزل یا اتاق هست؟ وضعیت دما و بوی اتاق چگونه است؟ محیط بزرگتر چیست؟ (بیمارستان یا جامعه)

تاریخچهٔ پرستاری

تاریخچه پرستاری اخذ گزارشی ممتاز و بی‌نظیر در ارتباط با بیمار بوده که الگوی مراقبتی مناسب جهت دستیابی به نیازهای سلامتی وی بر اساس آن طراحی می‌گردد بنابراین به محض حضور بر بالین بیمار جهت ارایه مراقبت بالینی، تاریخچه پرستاری اخذ گردد و توسط بررسی فیزیکی پرستاری پیگیری شود. تاریخچهٔ پرستاری بایستی به طور وضوح نقاط قوت و ضعف بیمار، عوامل خطرساز محیطی و ارثی و مشکلات سلامتی حاد و احتمالی را مشخص نماید. تاریخچهٔ پرستاری بر روی شناخت شخص متمرکز می‌باشد.

در هنگام اخذ اطلاعات تاریخچه پرستاری از خانم سیلویا ووُ برای پرستار بسیار مهم است که کاملاً مشخص نماید چه موقع بیمار به چین سفر کرده، چه مدت در آنجا مانده، چه مدتی در منزل بوده و با چه افرادی در تماس بوده و آیا این افراد دارای نشانه‌ها و سیمپتومهای خاصی بوده‌اند. این اطلاعات در تعیین ریسک واقعی توسعه بیماری سارس حائز اهمیت است.

اجزاء تاریخچهٔ پرستاری

اجزاء تاریخچهٔ پرستاری شامل: اسم، سن، جنس، وضعیت تأهل، مذهب، شغل، سطح آموزش (مدرک تحصیلی)

- دلیل مراجعه به مرکز درمانی
- الگوها و عادات سلامتی عادی و نیازهای وابسته جهت کمک‌های پرستاری
- توجهات فرهنگی در ارتباط با تغذیه، تصمیم‌گیری و فعالیتها
- وضعیت جاری سلامتی، عملکرد سیستمهای بدن، میزان درد و تاریخچهٔ قبلی پزشکی و جراحی
- دارو درمانی جاری، حساسیتها و ثبت واکسیناسیون و قرار گرفتن در معرض بیماری عفونی
- درک وضعیت سلامت و مفهوم بیماری در سلامت و بیماری و خصیصه‌های تعاملات و الگوهای تطابقی
- تاریخچهٔ رشد و تکامل، تاریخچه خانوادگی، تاریخچه محیطی و تاریخچه روانی اجتماعی

- توقعات بیمار و اقوام وی از پرستاری و تیم مراقبت و بهداشت و درمان
- توانایی‌ها و نیازهای آموزشی بیمار و اقوام وی و میل به آموختن
- توانایی و میل بیمار و اقوام وی جهت مشارکت در برنامه‌های مراقبتی
- آیا چنانچه بیمار جهت پیشبرد اهداف خود نیاز به رهنموددارد چنین رهنمودهایی وجود دارد؟
- منابع فردی بیمار (نقاط قوت) و نارسایی‌ها
- استعداد بالقوه بیمار جهت آسیب

مصاحبه[1]

مصاحبه یک ارتباط برنامه‌ریزی شده است. در طی مدت مرحله ارزیابی فرآیند پرستاری، پرستار جهت کسب تاریخچهٔ پرستاری با بیمار مصاحبه می‌نماید. مهارت قوی در مصاحبه کردن نیاز به موفقیت در کار مشترک با بیمار و گفتگو در ارتباط با مراقبت و دلواپسی‌های وی و کسب اطلاعات ضروری درباره بیمار دارد. همانطوری که بعداً نیز تصویف خواهد شد. مصاحبه دارای ۴ مرحله می‌باشد. مرحله آمادگی[2]، مرحلهٔ معرفی[3]، مرحلهٔ انجام کار[4] و مرحلهٔ اختتام مصاحبه[5] اطلاعات بیشتر در ارتباط با تکنیک مصاحبه در فصل ۲۱ مهیا شده است.

مرحله آمادگی

قبل از شروع مصاحبه، پرستار بوسیله خواندن گزارشات جاری بیمار چنانچه در دسترس باشد جهت ملاقات وی آماده می‌گردد. در این مرحله بسیار با اهمیت است که پرستار اجازه ندهد در روابط بیمار با پرستار تعصب و یا رفتاری کلیشه‌ای موثر باشد. پرستارانی که از تعصباتشان مطلع هستند می‌توانند جهت کسب نتایج سودمند با خودشان بحث نمایند. پرستاران حرفه‌ای می‌آموزند که نسبت به بیمار دید و ذهنی باز داشته و به نیازهای بشری که مأخذی جهت رفتارهای گوناگون انسان است حساس باشند. در مرحله آمادگی پرستار بایستی از خصوصی بودن و آرام بودن محیطی که در آن مصاحبه انجام خواهدشد مطمئن باشد بجز مواردی که بیمار می‌خواهد فردی از اعضاء خانواده یا یکی از دوستانش در زمان مصاحبه حضور داشته باشد در مابقی موارد پرستار بایستی به تنهایی و ترجیحاً در اتاق بیمار یا در دفتری ساکت با بیمار مصاحبه نماید. طریقه نشستن و همچنین فاصله موجود بین پرستار و بیمار بسیار مهم است (شکل ۴ـ۱۲).



شکل ۴ـ۱۲. در مصاحبه هم نحوه قرار گرفتن و هم فاصله بیمار از پرستار در ایجاد محیطی آرام و بدون استرس جهت گردآوری اطلاعات بسیار با اهمیت است.

صندلی‌ها را در گوشه راست قرار داده و از یکدیگر حدود ۰/۹ تا ۱/۲ متر جهت تسهیل در تبادل اطلاعات فاصله داشته باشید. چنانچه بیمار در تخت بستری است قرار دادن صندلی در زاویهٔ ۴۵ درجه نسبت به تخت سودمنداست. چنانچه پرستار کنار تخت بیمار ایستاده و بطور عادی با بیمار صحبت نموده یا به چشم حقارت به بیمار بنگرد ارتباطی از بالا به پایین انجام گرفته که این امر می‌تواند تأثیرات منفی بر مصاحبه داشته باشد. در صورت امکان بهتر است در هنگام گفتگو با بیمار در سطح چشمان بیمار قرار داشته باشید. مصاحبه بایستی بر اساس برنامه زمانبندی خاصی باشد. هنگامی که بیمار و پرستار هر دو از نگرانی و آشفتگی رها باشند زمان مناسبی برای مصاحبه است، چراکه این عامل می‌تواند سبب تمرکز روی وظایف معمول گردد. به نظر می‌رسد ۱۵ـ۱۰ دقیقه جهت مصاحبه با کیفیت مناسب ضروری باشد بهرحال در مواردی خاص ممکن است به یکساعت یا زمان بیشتری نیاز باشد. اطلاعات می‌توانند از چندین روش بدست آید خصوصاً چنانچه پرستار متوجه خستگی و یا درد بیمار باشد.

معرفی

مرحلهٔ معرفی در مصاحبه مرحله‌ای است قطعی چراکه نه تنها این مرحله در بقیه مصاحبه مفید است، بلکه برای تعاملات بعدی پرستار ـ بیمار نیز مؤثر می‌باشد. در انتهای این مرحله از مصاحبه

1- Interview
2- preparatory pase
3- Introduction phase
4- working .p
5- Termination.p

بیمار بایستی اسم پرستار اولیه را دانسته و از توقعاتش از پرستاری آگاه باشد و احساس نماید که پرستار و مراقبت وی شایسته و دارای صلاحیت لازم می‌باشد همچنین بیمار بایستی بداند در برنامه مراقبتی چه انتظاری از وی وجود داشته و چگونه بایستی جهت دستیابی به این انتظارات شرکت نماید.

پرستار بایستی مصاحبه را بوسیله معرفی خویش آغاز نماید سپس هدف از مصاحبه را تعیین و نقشهای پرستار و بیمار را روشن نماید به نمونه‌ای از معرفی توجه نمایید.

«عصر بخیر، خانم لبون، اسم من لیزاگرین است و من دانشجوی پرستاری شما هستم. حالا می‌خواهم سؤالاتی را در باره شما بپرسم تا من و شما با هم برنامه مراقبت پرستاری را طراحی نماییم در پاسخ دادن به سؤالات آزاد هستید فقط به سؤالاتی که احساس می‌نمایید راحت هستید پاسخ دهید و بدانید که پاسخ‌های شما جهت درمان استفاده شده و محرمانه باقی خواهد ماند. این مصاحبه حدود ۲۰ دقیقه طول می‌کشد. آیا این زمان برای شما مناسب است؟ قبل از شروع مصاحبه به چیزی نیاز دارید؟ شروع تأثیر پرستار بایست بطور قطع خلاق بوده و محیطی مناسب برای مددجوی جدید ایجاد نماید. تمام پرستارانی که در آینده با بیمار مواجه می‌شوند شاید در اولین برخورد قضاوتی خوش‌بینانه داشته باشند هنگامی که پرستار با احترام و بی‌ریایی در مورد دل واپسی‌های بیمار صحبت می‌نماید بیمار تشویق می‌گردد در مورد دلواپسی‌ها و مشکلاتش بطور آزادانه بحث نماید. کیفیت روابط بین فردی در مصاحبه به برقراری ارتباط مؤدبانه، حرفه‌ای و محرمانه بستگی دارد. ضمن این که بیمار بایستی مطمئن باشد که هر زمان نیاز به کمک داشت این نیاز برطرف خواهد شد. در طول مصاحبه پرستار بایستی راحتی و توانایی بیمار را جهت شرکت در مصاحبه بررسی نماید. همچنین بایستی پرستار از محرمانه بودن مصاحبه اطمینان حاصل نماید. بیمار بایستی از محل نگهداری اطلاعات ثبت شده، افرادی که از این اطلاعات استفاده می‌نمایند آگاه باشد و همچنین مطلع باشد دریافت کننده اطلاعات چه کسی است؟

بعضی اطلاعات مقتضی توسط پرستار در فرمهای خاص ثبت شده و توسط پرستاران دیگر تکمیل می‌گردد رایانه‌های موجود در کنار تخت بیمار سرعت گزارش‌نویسی را تسهیل می‌نمایند. به هر حال روش مثبت و گزارش اطلاعات نبایستی منابعی جهت کسب اطلاعات در طی مصاحبه گردد.

در موقعیت‌های غیر معمول که توافقات بین بیمار و پرستار صورت می‌گیرد مسئولیت‌های هر دو طرف به وضوح بایستی مشخص گردد و واژه‌های مورد استفاده در این زمان بخوبی مورد بحث قرار گیرد.

مرحله انجام کار

در طی مدت مرحله انجام کار در مصاحبه، پرستار تمامی اطلاعات مورد نیاز برای شکل‌گیری اطلاعات پایه ذهنی را به دست می‌آورد. تکمیل بودن و دقت در گردآوری اطلاعات مرتبط با بیمار و استفاده پرستار از مصاحبه و تکنیکهای ارتباطات در فصل ۲۱ بحث شده است. بیشتر بیماران می‌توانند تأثیرات مثبت یا منفی بر روی اهداف قابل انتظار مصاحبه داشته باشند. جدول ۲ـ۱۲ تعیین کننده متغیرهایی است که می‌تواند تأثیرات منفی بیمار بر مصاحبه تلقی گردد مگر این که پرستار این متغیرها را به شکلی مقتضی کنترل نماید.

مرحله اختتام

موفقیت در مصاحبه منتج از وقت می‌باشد بیمار بایستی از پایان مصاحبه آگاه گردد مرور کردن رئوس مطالب مصاحبه به دلیل روشن کردن نکات کلیدی سودمند می‌باشد. هم بیمار و هم پرستار بایستی از ثبت اطلاعات با اهمیت رضایت داشته باشند یک استراتژی سودمند این است که از بیمار بخواهید پاسخ این سؤال را به شکلی خلاصه به شما بدهد. «آیا چیز دیگری وجود دارد که شما دوست داشته باشید ما را از آن آگاه نمایید تا در طرح مراقبت از شما استفاده گردد؟»

این امر فرصت مناسبی را به بیمار می‌دهد تا اطلاعاتی را که پرستار در نظر نگرفته بوده است به اطلاعات پرستار اضافه گردد. قبل از ترک بیمار آگاهی از انتظارات وی بسیار سودمند خواهد بود همچنین بیمار بایستی از زمان تماس مجدد آگاه باشد. برای مثال از پاسخگویی شما به سؤالات متشکرم، خانم لبون

خواهش می‌کنم در ارتباط با هر چیزی که شما به ما خبر داده‌اید و ما از آن مطلع هستیم احساس آزاد و راحتی نمایید. من شما را ترک خواهم کرد اما فردا صبح برخواهم گشت و در آن زمان راجع به برنامه مراقبتی شما بحث خواهیم نمود. بعد از ظهر شلوغی داشتید، انجام آزمایشات خون و عکس قفسه صدری که دستور داده شده بود. احتمالاً غروب آرامی خواهید داشت «آیا سؤالی دارید؟ آیا چیز دیگری وجود دارد تا من قبل از ترک شما بتوانم انجام دهم؟»

ارزیابی فیزیکی پرستاری

ارزیابی فیزیکی معاینه فیزیکی بیمار جهت کسب اطلاعات عینی می‌باشد که ممکن است شرایط بیمار را بهتر تعیین نموده و به پرستار در برنامه‌ریزی مراقبتی کمک نماید. ارزیابی فیزیکی بطور معمول توسط تاریخچه پرستاری و مصاحبه پیگیری شده ممکن است توسط کسب اطلاعات در تاریخچه یا اطلاعات جدید

کادر ۲-۱۲. تکنیکهای ارتباطی برای مصاحبه‌ای موفق

● در مدت مصاحبه بر روی بیمار تمرکز داشته باشید. نشان دهید که به ادامه مصاحبه علاقمندید. از نام بیمار استفاده نمایید. تماس چشمی مناسب داشته باشید و از هجوم سؤالات به بیمار اجتناب نمایید.
● به دقت به بیمار گوش دهید از انعکاس جملات و عبارات بیمار و گفتگو با وی استفاده نمایید تا درک بهتری ایجاد گردد.
● ابتدا دربارهٔ مشکل اصلی بیمار با استفاده از واژه‌های قابل درک بیمار سؤال نمایید. بجز سؤالات حساس بقیه سؤالات را بعد از برقراری ارتباط مناسب مطرح نمایید چنانچه بیمار ناخوش است و به راحتی صحبت می‌نماید. سؤالات بااهمیت را تا مصاحبه بعدی به تعویق نیاندازید.
● سؤالات و نظریه‌ها را به بهترین روش مطرح نمایید تا ارتباطی مناسب طراحی گردد (فصل ۲۱ را نگاه کنید). سؤالات بسته اطلاعات بخصوصی را مشخص می‌نماید. سؤالات باز به بیمار اجازه می‌دهد ارتباط شفاهی آزادانه‌ای داشته باشد.
سؤالات انعکاسی در ساختن تفکری استادانه و احساس مناسب بیمار را تشویق می‌نماید.
از توصیه‌ها و سؤالاتی که مانع ارتباط می‌گردد اجتناب نمایید (فصل ۲۱ را نگاه کنید). از سؤالاتی که فقط نیاز به جواب نه یا بله دارد، افراد یا سؤالاتی که تهدید کننده هستند، سؤالات وارسی کننده، نصیحت کردن، استفاده از توصیه‌های قضاوت کننده، تغییر موضوع و دادن اطمینان کاذب جداً خودداری نمایید.
● در زمان مقتضی از لمس و سکوت استفاده نمایید.

جدول ۲-۱۲. متغیرهایی که می‌تواند بر روی مصاحبه با بیمار تأثیر منفی داشته باشد و پیشنهاد مناسب به پرستاران جهت واکنش متقابل به این تأثیرات منفی

متغیرهای مربوط به بیمار	تأثیر بر روی مصاحبه	پاسخ متقابل پرستاری
اضطراب شدید	بیمار ممکن است با سرعت و بی‌ارتباط صحبت کرده و از موضوعی به موضوع دیگر بپرد. بیمار ممکن است تجربیات خودش را بیان نکند و یا آن را انکار نماید.	واکنش طبیعی به اضطراب «بیشتر مردم هنگام صحبت کردن دربارهٔ مشکلات سلامتی متوجه می‌شوند این ارتباط مشکل است و دچار اضطراب می‌شوند. بیمار با صدایی آهسته و ملایم صحبت می‌کند تاکید بر این که خدمات پرستاری می‌تواند به بیمار کمک نماید بسیار با اهمیت است.
درد	بیمار هر زمان که امکان داشته باشد پاسخ کوتاه و یا جواب «بله» یا «خیر» می‌دهد.	هرکاری را که امکان دارد انجام دهید تا بیمار احساس راحتی نماید. شامل: گرفتن دستور دارو درمانی جهت تخفیف درد بیمار، چنانچه درد بیمار مقاوم می‌باشد، فقط اطلاعات حیاتی را از بیمار بگیرید تا زمان احساس راحتی بیمار مصاحبه را به تعویق بیاندازید.
مشکلات مربوط به زبان (بیمار با پرستار به زبانی سلیس صحبت نمی‌نماید زیرا بیمار به زبان متفاوتی صحبت می‌کند این مسئله سبب محدودیت در آموزش به بیمار با ترس از بیان چیزهای غلط می‌گردد)	اطلاعاتی حیاتی را نمی‌توان بدست آورد. ممکن است اشتباهاً بر روی بیمار برچسب بی‌تفاوت یا خونسرد زده شود.	بطور واضح صحبت نمایید (صدایتان را بالا نبرید) از زبانی ساده استفاده نمایید. هر زمانی که امکان دارد از یک تفسیرکننده کمک بگیرید (ممکن است استفاده از اعضاء خانواده مفید باشد اما چنانچه اطلاعات بیمار محرمانه باشد استفاده از یک غریبه ارجحیت دارد).
تجربیات منفی قبلی بیمار در ارتباط با پرستاران یا سیستم‌های ارایه دهنده خدمات بهداشتی مراقبتی	بیمار از مصاحبه کردن دوری می‌کند و از شرکت در مصاحبه ناراضی است نگرش عمومی، چرا من بایستی وقتم را تلف نمایم و به او هر چیزی را بگویم... او کار خوبی برای من انجام نخواهد داد.	من می‌دانم که مردم دیگر زمان سخت و دشواری را با پرستاران یا سیستم مراقبتی بهداشتی داشته‌اند آیا زندگی با اهمیت نیست اما چطور به ما این شانس را می‌دهند و زمانی را در اختیار ما می‌گذارید تا به شما نشان دهیم که پرستاران چه کاری می‌توانند انجام دهند؟ در گفتگو با بیمار برای وی و صلاحیت‌های او احترام قائل شوید.
انتظارات غیر واقعی از افراد حرفه‌ای عضو تیم بهداشتی مراقبتی	بیمار از پرستاران و دیگر اعضاء حرفه‌ای تیم مراقبتی بهداشتی به طور سحرآمیزی انتظار دارد که همه چیز را راجع به وی و مراقبت از او بدانند و از بیان مشکلاتش به سیستم صرف نظر می‌نماید نگرش بیمار «شما بهتر از می‌دانید»	به وضوح برای وی توضیح دهید که هیچ کس او را مانند بیمار دیگری نمی‌داند و از مشکلات وی آگاه نمی‌باشد و ازاو دعوت نمایید در مراقبت خودش شرکت نماید. «دو نفر شبیه به هم نیستند و شما بایستی راجع به خودتان و این که چه احساسی دارید با من بیشتر صحبت نمایید به غیر از این هیچ راه دیگری وجود ندارد تا می‌توانیم طرح مراقبتی خوبی برای شما در نظر بگیریم.»

بدست آمده تصدیق گردد. بحث‌های زیادی دربارهٔ نقش پرستاری در ارزیابی فیزیکی وجود دارد که بیشتر این بخشها در ارتباط با نگرانیهای موجود از دوباره کاری و تکرار نقش طب می‌باشد. پزشکان بطور سنتی ارزیابی فیزیکی را انجام داده و این امر در تیمهای ارایه دهنده خدمات بهداشتی عادت شده است. همان طوری که درمانهای اساسی طبی انجام می‌شود بعضی از پرستاران در اعمال و نقش‌های پیشرفته پرستاری ارزیابی فیزیکی را مشابه دانشکده پزشکی انجام می‌دهند تا وضعیت سلامتی و بیماری مشخص گردد، سپس طرحهای مراقبتی مقتضی توصیه و پیگیری گردد. در هر بیماری تمام پرستاران جنبه‌هایی انتخاب شده از ارزیابی فیزیکی را جهت دستیابی به اهداف پرستاری در نظر می‌گیرند.

برخلاف این که پزشکان با انجام بررسی‌های فیزیکی شرایط و علل پاتولوژیک بیماری را تعیین می‌نمایند تمرکز اولیه بررسی‌های فیزیکی پرستاری بر روی توانایی‌های عملی بیمار می‌باشد چنان که یک نارسایی نورولوژیک وجود داشته باشد پرستار علاقمند است تا چگونگی تأثیر این نارسایی را بر قوهٔ تعقل و توانایی‌های حسی و حرکتی تعیین نماید. برای مثال بیماری که دچار حمله عروقی مغزی شده است جهت تعیین توانایی بیمار در دریافت و درک اطلاعات و اجرای وظایف زندگی روزانه معاینه می‌شود.

بررسی فیزیکی سوزان مورگان زن جوانی که اخیراً برای وی تشخیص بیماری MS گذاشته شده و در شروع فصل توصیف شده است شامل: بررسی قدرت عضلانی بیمار، سطح تحمل و قدرت و تأثیر بیماری MS بر روی توانایی‌های بیمار در انجام فعالیتهای روزانه می‌باشد. همچنین به عنوان بخشی از معاینه فیزیکی پرستار بایستی نسبت به تأثیر خستگی و عدم توانایی در تکمیل کارهای اختصاصی بیمار هوشیار و حساس باشد. این اطلاعات می‌توانند به پرستار در دادن پاسخ متقابل مناسب و مقتضی نسبت به نگرانیهای مددجو در ارتباط با وضعیت تأهل وی کمک نماید.

هدف از ارزیابی فیزیکی پرستاری ارزیابی وضعیت سلامت، تعیین مشکلات سلامتی و دستیابی به اطلاعات پایه برای انجام مداخلات پرستاری می‌باشد (شکل ۵ـ۱۲). برای توصیف جزئیات مهارتهای ارزیابی فیزیکی به فصل ۲۵ توجه نمایید.

پرستارانی که در عرصه‌های مختلف مشغول انجام وظیفه هستند از تکنیک‌های مختلف بررسی فیزیکی برای اهداف

از دید یک دانشجو

به عنوان دانشجوی سال اول پرستاری من غالباً در ارتباط با تکنیکی که بیمارم را ارزیابی می‌کردم از خودم سؤال می‌کردم. مطمئناً من آن چیزی را که مربی‌ام یاد داده بود را درک کرده بودم اما آیا آن را درست انجام می‌دادم؟ من متوجه می‌شدم دمای بدن بیمارم افزایش یافته یا شاید میزان برون‌ده ادراری وی کاهش یافته است. اما منظور تمام اینها چیست؟ چنانچه می‌توانستم از تمامی این اطلاعات سر در بیاورم غالباً حیرت زده بودم و این سؤال مطرح بود که آیا من واقعاً قادر خواهم بود مشکل توسعه یافته بیمار را مشخص نمایم. کارها خوب انجام شده است! ارزیابی و شناخت، ثبت و گزارش.

در طی مدت سال دوم (شش ماههٔ اول) من متوجه شدم که چطور یک ارزیابی می‌تواند به نجات جان بیمار شما کمک نماید. یک ارزیابی مداوم ۲ روزه جان بیمار ۹۱ ساله مرا نجات داد. من علایم زودرس ادم ریوی و نارسایی قلبی را کشف کردم و توانستم به موقع این مشکل را به پرسنل تیم پزشکی و مراقبتی گزارش نمایم و فوراً اقدامات لازم جهت نجات جان بیمار انجام گردید. یقیناً این کار کمی بود! اما هنگامی که پرسنل پرستاری به علت انجام کاری خوب به من تبریک می‌گفتند احساس غرور و افتخار کردم.

من هنگامی که در بخش رادیولوژی در کنار بیمارم ایستاده بودم او با چوبهای زیر بغل به من نگاه کرد و بخاطر مراقبت پرستاری خوب از من تشکر کرد و در آن زمان متوجه اهمیت ارزیابی از بیمارم شدم. زمانی که متوجه شدم بیمارم از اهمیت کاری که برای وی انجام داده‌ام آگاه است فهمیدم که چرا پرستاری را به عنوان یک حرفه انتخاب کرده‌ام.

پاسکال دلورز کالج پنسیلوانیا



شکل ۵ـ۱۲. پرستار معاینه فیزیکی را انجام می‌دهد. مسئله‌ای نیست که در چه عرصه‌ای و چه سنی معاینات انجام می‌شود، معاینات بایستی شامل ارزیابی وضعیت سلامتی، تعیین مشکلات سلامتی و تعیین اطلاعات اساسی پایه جهت مداخلات پرستاری باشد.

جدول ۳ـ۱۲. مشکلات شایع در گردآوری اطلاعات، علل و راه حلهای پیشنها شده جهت حل مشکلات

مشکل	علل ایجاد کننده مشکل	راه حلهای پیشنهاد شده
سازماندهی نامناسب اطلاعات پایه	نارسایی در برنامه‌ریزی ارزیابی جهت تعیین اطلاعات مورد نیاز استفاده از ابزار نامناسب برای گردآوری اطلاعات	راهبردهای لازم جهت گردآوری اطلاعات اختصاصی را مرور نمایید. ابزار تعدیل شده جهت گردآوری اطلاعات را در نظر بگیرید و ابزاری مناسب را انتخاب نمایید.
غفلت در اطلاعات با ارزش	پیگیری نکردن کلیدهای راهنما در طی گردآوری اطلاعات: راهبردهای نامناسب	تعیین عوامل مناسب بالقوه در گردآوری اطلاعات پیشرفته، تمرین استراتژیهای مناسب در انجام مصاحبه.
گردآوری اطلاعات غیر مرتبط و دوباره کاری در جمع‌آوری اطلاعات	نارسایی در تعیین اهداف اختصاصی در گردآوری اطلاعات، نارسایی در مرور گزارشات ثبت شده در دسترس بیمار، استفاده نامناسب از ابزارها برای گردآوری	تعیین اهداف اختصاصی از گردآوری اطلاعات برای هر بیمار. در نظر گرفتن اطلاعات موجود قبل از شروع گردآوری اطلاعات، توجه و استفاده از ابزار تعدیل شده با انتخاب شده جهت گردآوری اطلاعات
گردآوری اطلاعات اشتباه یا عدم تفسیر مناسب اطلاعات	نارسایی در مشاهده‌ای دقیق و معتبر در طی گردآوری اطلاعات، تصمیمات مصاحبه گر و یا کلیشه‌ای رفتار کردن فرد مصاحبه کننده	استفاده از مهارتهای مشاهده‌ای صریح و مستقلانه در موقعیت‌های مشابه و مقایسه نتایج با یادداشتهای ثبت شده و استفاده از تکنیکهای متفاوت معتبرسازی اطلاعات
نارسایی در ثبت گزارشات	نارسایی در کفایت ثبت گزارشات و یا عدم استفاده از تکنیکهای مناسب در برقراری ارتباط با بیمار، نارسایی در آگاهی از این که چه اطلاعاتی مورد نیاز است.	تکنیکهای ارتباطات را که در فصل ۲۱ بر روی آن بحث شده است تمرین و مرور نمایید. هدف از گردآوری اطلاعات را توضیح دهید. قبل از جمع‌آوری اطلاعات نحوه گردآوری اطلاعات عمومی را طراحی و تعیین نمایید.
تفسیر اطلاعات ثبت شده نسبت به رفتارهای مشاهده شده از بیمار	شتابزده عمل کردن پرستار در نتیجه گیری از رفتار بیمار و محروم کردن دیگران از کشف عوامل مسبب ایجاد کننده این رفتارها: نارسایی در معتبرسازی اطلاعات	مروری بر تمایزات بین اطلاعات و تفسیر اطلاعات. ثبت گزارشات مختصر رفتارهای مشاهده شده بیمار را تمرین نمایید.
نارسایی در گردآوری اطلاعات جدید	داشتن این اعتقاد غلط که ارزیابی پس از کسب اطلاعات اولیه خاتمه یافته است. در نظر نگرفتن اولویت جهت پیشرفت در گردآوری اطلاعات جدید.	اطلاعات جدید را مجدداً گردآوری نمایید زیرا بدون آگاهی کافی از تغییر در وضعیت بیمار ارایه خدمات مراقبتی فردی با کیفیت مناسب غیر ممکن است. پیشرفت در گردآوری اطلاعات جدید در حذف یا تعدیل مشکلات قدیمی و تعیین مشکلات جدید بسیار مهم و با اهمیت است.

متفاوت استفاده می‌نمایند. پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه از تکنولوژی بالایی برای ارزیابی فیزیکی بیمار استفاده می‌نمایند. همان طوری که پرستاران مرکز بازتوانی دارای مهارتهای زیادی برای بررسی فیزیکی مددجویان می‌باشند، مهارت این پرستاران تمرکز بر الگوهای عملکردی و غیر عملکردی در واکنش نسبت به ناتوانی بیمار می‌باشد. بررسی فیزیکی پرستار شامل معاینه تمام سیستمهای بدن در یک روش سیستماتیک می‌باشد که بطور معمول از فرم خاصی جهت معاینه از انگشتان پا تا سر استفاده می‌شود. چهار روش جهت گردآوری اطلاعات در معاینه فیزیکی استفاده می‌شود: مشاهده، لمس، دق و سمع. پرستاران همچنین ممکن است از معاینات فیزیکی برای بررسی سیستمهای انتخاب شده استفاده نمایند. این تکنیکها و مهارتهای پایه برای بررسی فیزیکی در فصل ۲۵ توصیف شده است.

مشکلات مربوط به گردآوری اطلاعات

مشکلات شایعی که در طی گردآوری اطلاعات با آن مواجه هستیم شامل سازماندهی نامناسب اطلاعات پایه، حذف اطلاعات وابسته، داخل شدن اطلاعات نامربوط یا اطلاعات تکراری، اطلاعات اشتباه یا سوء تفاهم در اطلاعات، نارسایی در تماس و شرکت در گردآوری اطلاعات ثبت تفسیر اطلاعات نسبت به ثبت رفتارهای مشاهده شده بیمار و نارسایی در گردآوری اطلاعات پایه جدید و به روز می‌باشد. جدول ۳ـ۱۲ عوامل مسبب ایجاد کننده مشکلات و راه حل آنها را توصیف نموده است.

معتبرسازی اطلاعات

معتبرسازی عملی است که سبب تأیید و یا تثبیت اطلاعات می‌گردد. هدف از معتبر ساختن دور نگهداشتن اطلاعات از اشتباه، تعصب و سوء تفاهم در تفسیر اطلاعات تا حد ممکن

می‌باشد. معتبر ساختن یکی از مهمترین قسمت‌های ارزیابی می‌باشد زیرا اطلاعات بی‌ارزش می‌تواند به مراقبت پرستاری نامناسب منجر گردد.

تعیین اطلاعاتی که بایستی معتبر شوند

به دلیل این که نه تنها معتبر ساختن اطلاعات امکان‌پذیر می‌باشد بلکه ضروری نیز می‌باشد، پرستاران نیاز دارند تصمیم بگیرند کدامیک از اطلاعات نیاز به رسیدگی و تأیید دارد. برای مثال هنگامی اطلاعات نیاز به رسیدگی دارد که اختلافی وجود داشته باشد. بیماری به پرستاری می‌گوید خوب است و نگرانی ندارد اما یادداشتهای پرستار نشان می‌دهد که عضلات بدن وی سفت شده و واکنشهای وی گستاخانه و کوتاه شده است. هنگامی که بین اظهارات شخص ومشاهدات پرستار اختلاف وجود داشته باشد معتبر ساختن اطلاعات جهت افزایش دقت ضروری است. تعیین اعتبار در این مثال ممکن است به گفتار پرستار شکل خاصی دهد مانند «شما به من گفتید که احساس خوبی دارید اما درست حالا بدن و رفتار شما چیز دیگری را به من می‌گوید در این رابطه بیشتر به من توضیح دهید.»

همچنین هنگامی که اطلاعات فاقد هدف و عینیت می‌باشد نیاز به بررسی و رسیدگی دارد. برای مثال پرستاری که شک می‌کند بیمارش از یک گوش می‌شنود اما به نظر نمی‌رسد از گوش دیگر خوب بشنود بایستی اطلاعات را قبل از انجام هرگونه اقدامی تأیید و معتبر نماید و تعیین کند آیا بیماری براستی مشکلی در شنوایی دارد هدف شک یا گمان نیست در این نمونه پرستار نیاز دارد میزان شنوایی بیمار را در هر دو گوش بررسی نماید. صحبت کردن به طرف گوشی که به نظر می‌رسد بهتر می‌شنود.

پرستار توضیح می‌دهد «بنظرم می‌رسد که گوش این طرف شما بهتر از گوش دیگرتان می‌شنود» من می‌خواهم این مسئله را بررسی نمایم. ابتدا من به آرامی ساعتی را به طرف گوش راست شما و سپس به طرف گوش چپ شما می‌آورم لطفاً مستقیماً به من نگاه کنید بگویید چه موقع شما اولین صدای تیک تیک ساعت را می‌شنوید، سپس پرستار ثبت می‌نماید که در چه فاصله‌ای از هر گوش بیمار اولین صدای تیک تاک را می‌شنود.

تعیین نشانه‌ها و نتیجه‌گیری

اکنون پرستاران از زبان نشانه‌ها و نتیجه‌گیری استفاده نموده و فرآیند معتبرسازی را توصیف می‌نمایند. اطلاعات عینی و ذهنی ممکن است نشانه‌ای را مهیا نماید که سبب نتیجه‌گیری غلط توسط پرستار گردد (بیمار زمانی که از سمت چپ با او صحبت می‌کنم پاسخ نمی‌دهد).

قضاوت شما رسیدن به نتیجه‌ای در این ارتباط است (میزان شنوایی بیمار از سمت چپ مختل است) تا زمانی که شما وضعیت شنوایی بیمار را کنترل نکنید از صحت نتیجه مشخص شده نمی‌توانید مطمئن باشید.

نتیجه‌گیری ممکن است از طریق راههای زیر معتبر گردد:

- معاینات فیزیکی، استفاده از روشها و تجهیزات مناسب (ممکن است شما جهت تأیید یافته‌هایتان نیاز به نظرخواهی از افراد متخصص با تجربه داشته باشید).
- روشن کردن جملات (شما می‌گویید این مشکلی نیست اما من احساس می‌کنم هنوز نگران هستید).
- نتایج بدست آمده را با افراد با تجربه تیم در میان بگذارید.
- یافته هایتان را با گزارشهای پژوهشهای انجام شده مقایسه کنید.

به شکل ۶-۱۲ توضیح و مثالی از معتبرسازی نتایج نگاه کنید.

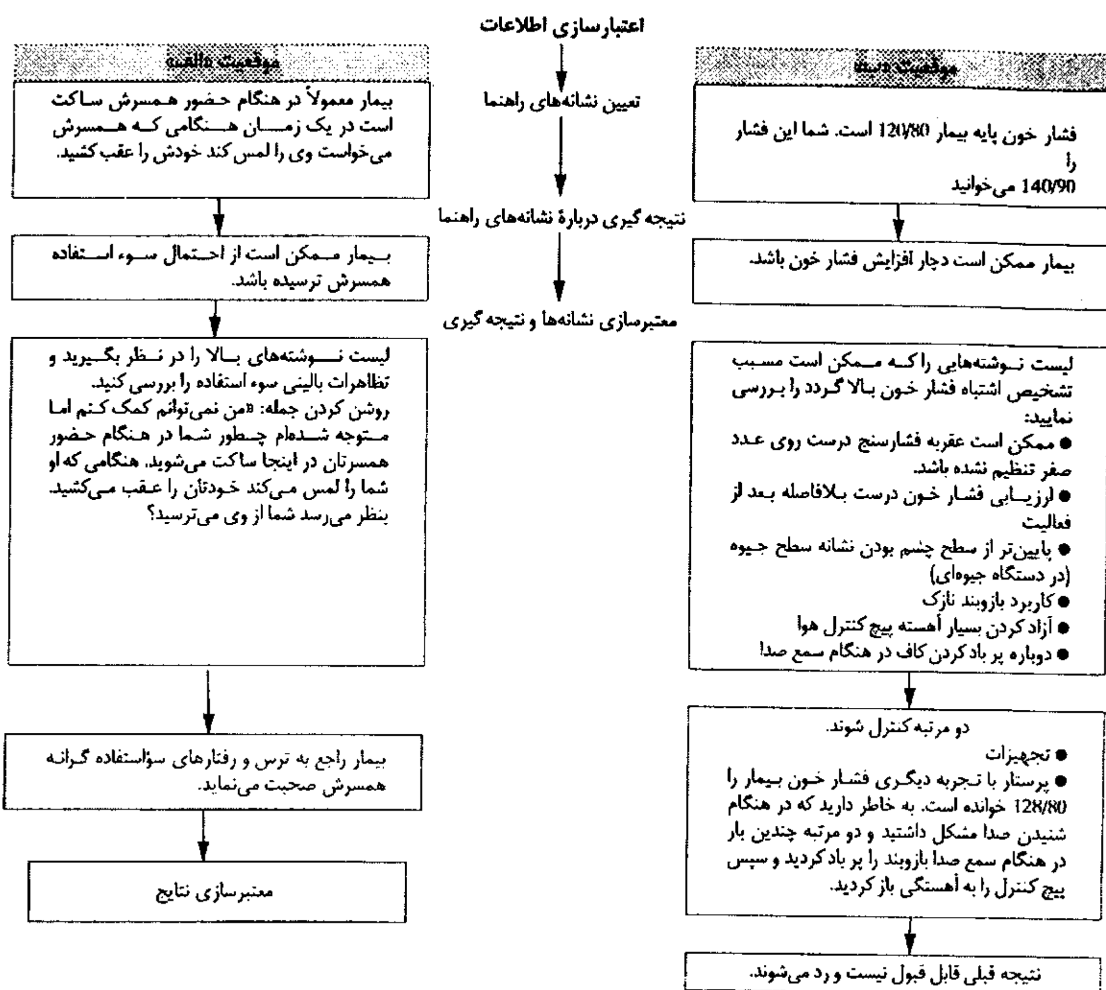
ارتباط با اطلاعات

اطلاعات گردآوری شده از بیمار توسط پرستار، هم در شروع ارتباط و هم در طی تماس مداوم با بیمار گردآوری می‌گردد. این اطلاعات برای بیمار و تیم مراقبتی بهداشتی مفید نخواهد بود مگر زمانی که ارتباطی مناسب برقرار گردد. ارتباط مقتضی بایستی در زمانی صحیح و با ثبتی مناسب انجام گیرد (به کادر ۳-۱۲ توجه نمایید).

زمانبندی

ارتباط فوری کلامی با اطلاعات و یافته‌هایی که توسط ارزیابی مشخص و تغییرات بحرانی را در وضعیت سلامت بیمار آشکار می‌نماید. مداخلات پرستاران و دیگر اعضاء حرفه‌ای تیم مراقبتی بهداشتی را الزامی می‌سازد. پرستاری که متوجه افزایش دما تا $39/5°C$ در بیماری می‌شود که در لیست جراحی صبح می‌باشد بایستی این تغییر را به پرستار مسئول و جراح گزارش نماید زیرا ممکن است با این شرایط جراحی بیمار انجام نشود.

نارسایی در گزارش این یافته می‌تواند سبب وارد شدن بیمار به اتاق عمل، گرفتن بیهوشی و وارد شدن بیمار به اتاق مخصوص جراحی گردد و حتی عمل جراحی بیمار تحت شرایط نامطلوبی انجام شود. همین طور پرستاری که از بیمار می‌شنود که وی اظهار می‌نماید دست به خودکشی زده است بایستی این اطلاعات را به تیم مراقبتی بهداشتی منتقل نماید تا همهٔ اعضاء از خطری که بیمار را تهدید می‌نماید آگاه گردند تا احتیاطهایی را که ممکن است فوراً برای پیشگیری از خودکشی بیمار لازم باشد را



شکل ۶ـ۱۲. نمایش چگونگی استفاده از فرآیند معتبرسازی نشانه‌ها و نتیجه گیری

به کار گیرند. پرستاری که از اهمیت یافته‌های اختصاصی مطمئن نمی‌باشد، بهتر است با پرستار دیگری مشاوره نماید. در بعضی از موقعیتها سالها تجربه مورد نیاز است تا فرد متوجه اختلاف بین یافته‌های با اهمیت و بی‌اهمیت گردد. نه نادانی و نه ترس عدم گزارش صحیح اطلاعات بحرانی را توجیه نمی‌نماید.

پرستار نیاز دارد شکایت خانم ووً را گزارش نماید و زیر تاریخچه مسافرت به چین خط بکشد تا توجه تیم درمان فوراً به این موضوع جلب شود تا آنها مطمئن شوند آیا در نظر گرفتن احتیاطهایی که جهت پیشگیری از انتقال عفونت ضروری است اعمال گردد، آیا بیمار واقعاً سارس دارد؟»

> **کادر ۳ـ۱۲. آگاهی از قانون**
>
> پرستاران در مقابل آگاهی از مقتضیات حرفه‌ای تیم مراقبتی بهداشتی مسئول هستند. زمانی که ارزیابی اطلاعات مشخص کننده اختلاف با اهمیتی در وضعیت بیمار باشد نشان‌دهنده وجود مشکل بالقوه جدی است. پرستار ممکن است برای مداخله در مورد هریک از این تغییرات مسئول باشد. مانند افزایش تکرار ارزیابی‌ها و انجام اقدامات ضروری جهت تغییر در رژیم درمانی.

ثبت گزارش

اطلاعات پایه اولیه بایستی وارد کامپیوتر گردد و یا با جوهر ثبت گردد. استفاده از فرمهای طراحی شده مؤسسه مانند روزی که بیمار در مرکز پذیرش شده است توصیه می‌گردد. چنانچه به هر

دلیل قادر نبودیم در طی ارزیابی مقدماتی اطلاعات مهم را به دست آوریم لازم است این مسئله ثبت گردد تا در اولین فرصت مناسب اطلاعات مورد لزوم کسب گردد. اطلاعات عینی و ذهنی بیمار بایستی خلاصه شده و نوشته شود به طوری که اطلاعات کسب شده جامع، کامل و مختصر بوده و به راحتی قابل دسترسی مجدد باشد. اطلاعات باید خوانا و با دستور زبان مناسب نوشته شود و فقط بایستی از علایم اختصاری استاندارد و طبی استفاده گردد. جهت تسهیل در دستیابی مجدد و سریع به اطلاعات بایستی اطلاعات را زیر عنوانی مشخص و واضح ثبت نمود. هر زمانی که امکان‌پذیر است بایستی اطلاعات ذهنی را با استفاده از کلام خود بیمار ثبت نمود به همین جهت بایستی از علامت «» برای بیان اظهارات بیمار استفاده نمود مانند «امروز من صبح زود از خواب برخاسته‌ام به همین جهت احساس خستگی می‌کنم. بنظر می‌رسد بیشتر از این انرژی ندارم». همچنین گزارشات بیمار ممکن است تفسیر گردد. بیمار گزارش می‌نماید دارای تنگی نفس است در موقع بالا رفتن از پله دچار سختی تنفس می‌گردد.

در استفاده از واژه‌های غیر اختصاصی جهت ثبت اطلاعات ذهنی و کاربرد کلماتی که نشاندهنده تفسیر و تعریف شخصی شما باشد اجتناب نمایید از کلماتی مانند کافی، خوب، متوسط، طبیعی، ضعیف، کوچک و بزرگ استفاده نکنید.

برداشت حسی یک پرستار در ارتباط با مصرف متوسط مایعات ممکن است با پرستار دیگر کاملاً متفاوت باشد این عامل بسیار مهم است که از مفاهیم اختصاصی استفاده گردد. فصل ۲۰ راهبردهای لازم را جهت ثبت اختصاصی این مفاهیم نشان می‌دهد.

توسعه مهارتهای تفکر انتقادی

۱ـ با دانشجویان دیگر تمرین کنید با بیماران هم در منزل و هم در مؤسسه مصاحبه کنید و یافته‌هایتان را جداگانه ثبت کنید. لیستی از اطلاعات عینی و ذهنی که توسط مصاحبه با هر بیمار بدست آورده‌اید را تهیه نموده، نتیجه‌هایی را که از این نشانه‌های راهنما گرفته‌اید را مشخص نمایید. لیست اطلاعات کسب شده و نتایج بدست آمده را با یکدیگر مقایسه نمایید. برای همکارتان توصیف نمایید که چطور اطلاعات و نتایج بدست آمده را معتبر می‌نمایید.

دلایل احتمالی تفاوت در نتیجه‌گیری را جستجو نمایید.

۲ـ اجازه دهید دانشجوی دیگری یک بررسی جامع پرستاری (مصاحبه‌ومعاینات فیزیکی) را برروی شما انجام دهد. تجربیاتتان را به وی منعکس نمایید، به دانشجو پیشنهاد نمایید که رفتارهای مفید یا تنش‌زا یا آرام کننده را منعکس نماید. نقشها را عوض نمایید و دربارهٔ آنچه که از این تجربه آموخته‌اید صحبت نمایید.

۳ـ چندین فرم متفاوت را برای ثبت ارزیابی جامع مقدماتی پرستاری (بیمارستان، پرستاری در منزل، مراقبت منزل و فرم پرستاری مدرسه) گردآوری نمایید. تفاوت بین دیدنتان را با یکدیگر تعیین و توضیح دهید.

استفاده از فرمهای مختلف را امتحان کنید و لیستی را تهیه نمایید که در آینده به شما کمک نماید تا اطلاعات مورد نیازتان را با راهی آسانتر و امکانپذیرتر از گذشته بدست آورید.

تمرین برای NCLEX

۱ـ اگرچه فرآیند پرستاری توسعه منظم مراحل مختلف است، در واقع یک تعامل و نزدیکی زیادی بین مراحل پنجگانه وجود دارد. این مشخصه فرایند پرستاری توصیف می‌شود به عنوان:

الف) سیستماتیک　　ب) بین پرسنلی

ج) پویایی　　د) آگاهی از برآیند مورد انتظار

۲ـ هنگامی که دارویی را برای تسکین درد بیمار تجویز می‌کنید چنانچه مداخلات غیر دارویی با تکمیل اثر بخشی دارویی سبب کنترل بهتر درد گردد متعجب خواهید شد. هنگامی که شما با مربی خود در این ارتباط بحث می‌نمایید می‌شنوید:

الف) شما باید تا انجام ارزشیابی تأثیر دارو انجام هر مداخلهٔ دیگری را به تعویق بیاندازید.

ب) تا زمانی که برنامه قدیمی را مورد ارزشیابی قرار نداده‌اید برنامه جدیدی را شروع نکنید.

ج) اجازه دهید راجع به این مطلب صحبت کنیم.... ما اغلب اطلاعات جدیدی را دریافت می‌کنیم که می‌تواند سبب موفقیت در برنامه مراقبتی شود. بعضی اوقات مراحل فرایند با یکدیگر تعامل دارند.

د) درباره بیمار فکر کنید. مداخلات دارویی برای فرد مؤثر نخواهد بود.

۳ـ هنگامی که بیماری را در بخش پذیرش می‌کنید وی سؤال می‌کند چرا شما مجدداً از من تاریخچه می‌گیرید و مرا مورد معاینه قرار می‌دهید کاری که پزشک با من انجام داده است. بهترین کار دو مرتبه شما چیست؟

الف) علاوه بر مهیا کردن اطلاعات با ارزش درباره وضعیت سلامت شما، ارزیابی پرستاری به ما اجازه خواهد داد برنامه‌ریزی و مراقبتی که ارایه می‌نماییم کاملاً فردی و جامع

بوده و مراقبت پرستاری با توجه به نقاط قوت شما انجام شود.
ب) این خط مشی بیمارستان است. من می‌دانم که این کار باید خسته کننده باشد اما من سعی خواهم کرد که کار را با سرعت مناسب انجام دهم.
ج) من دانشجوی پرستاری هستم و به توسعه مهارت ارزیابی وضعیت سلامت نیاز دارم البته برای مراقبت پرستاری بهتر نیز به این بررسی نیاز دارم، این اطلاعات به من در توسعه طرح مراقبتی فردی با توجه به نیازهای خاص شما کمک می‌نماید.
د) ما می‌خواهیم مطمئن شویم که اطلاعاتمان دقیق است و شما با برنامه‌ها موافق هستید.

۴ـ هنگامی که شما گزارش تعویض نوبت کاری را دریافت می‌کنید، یاد می‌گیرید که بیمارتان نیازی به مراقبت خاص پوستی ندارد. در هنگام حمام بیمار یک قرمزی در ناحیه برجسته در پوست مشاهده می‌نماید و این امر شما را متحیر می‌نماید. شما باید:
الف) فرم ارزیابی مقدماتی را تصحیح نمایید.
ب) دوباره ارزیابی را انجام دهید و یافته‌های جاری را ثبت کنید.
ج) ارزیابی اورژانس انجام دهید و سپس ثبت کنید.
د) یک ارزیابی متمرکز بر روی پیوستگی پوست انجام دهید و سپس نتیجه را ثبت کنید.

۵ـ شما از اخذ اولین تاریخچه پرستاری می‌ترسید، از مربی خودتان بپرسید چطور یک فرد یاد می‌گیرد چیزی را راجع به بیمارش بررسی نماید و اطلاعات پایهٔ خوبی را به دست آورد. شما خواهید شنید:
الف) در بار اول کمی یاد می‌گیرید اما این یک مرتبه بخشی از مهارتهای شما خواهد شد و همان طور که سؤالات بیشتر و بیشتری را می‌پرسید و این کار را تکرار می‌کنید به مهارت مناسب دست خواهید یافت تا زمانی که حتی این کار را با چشم بسته انجام دهید.
ب) ابتدا سؤالات پایه را یاد می‌گیرید و سپس یاد می‌گیرید چطور سؤالات را با توجه به شرایط خاص فرد تعدیل نمایید، از خودتان بپرسید جهت برنامه‌ریزی خوب چقدر اطلاعات نیاز دارید؟
ج) هیچ کس این کار را خیلی خوب یاد نمی‌گیرد که آن را انجام دهد زیرا هر تاریخچه‌ای متفاوت است. من غالباً احساس می‌کنم با هر بیمار جدیدی از نو شروع می‌کنم.
د) راجع به یادگیری سؤالاتی که بایستی پرسیده شود نگران نباش. هر مؤسسه‌ای جهت ارزیابی فرم خاصی دارد که شما می‌توانید استفاده نمایید.

۶ـ بیماری از حالت تهوع پس از صرف نهار شکایت دارد. این مثال چه اطلاعاتی را طرح می‌نماید؟
الف) ذهنی
ب) علایم و نشانه‌های سرپوشیده
ج) عینی
د) آشکار

۷ـ هنگامی که وارد اتاق بیمار می‌شوید شروع می‌کنید به گرفتن تاریخچه، همسر بیمار آنجا است. شما باید:
الف) خودتان را به هر دو نفر آنها معرفی می‌کنید و از حضور همسر وی تشکر می‌کنید.
ب) خودتان را به هر دو نفر آنها معرفی می‌کنید و از همسر وی بخواهید اگر تمایل دارد آنجا بماند.
ج) خودتان را به هر دو نفر آنها معرفی کنید و از همسر وی بخواهید اتاق را ترک کند.
د) خودتان را به هر دو نفر آنها معرفی کنید و از بیمار بخواهید در صورتی که تمایل دارد همسرش در اتاق بماند.

۸ـ بیمار روستایی است و نمی‌تواند انگلیسی صحبت کند. پسر وی همراه اوست و انگلیسی صحبت می‌کند، شما چکار می‌کنید؟
الف) از پسر وی می‌خواهید چنانچه تمایل دارد مترجم شما شود البته در صورتی که پاسخ مثبت باشد از وی تشکر خواهید کرد.
ب) چنانچه پسر می‌تواند اطلاعات طبی را ترجمه کند مشخص نمایید و این کار را آغاز نمایید.
ج) بعد از مشخص شدن این که پسر وی می‌تواند ترجمه کند، ارزشیابی کنید آیا بطور عینی این کار انجام می‌شود چنانچه بیمار بخواهد این ظرفیت وجود دارد.
د) به پسر بیمار توضیح دهید که قوانین بیمارستان استفاده از اعضاء خانواده جهت ترجمه را منع نموده و از مترجمی که بیمارستان تعیین می‌کند استفاده می‌نماید.

۹ـ شما از آشکار شدن افزایش دما در یک بیمار پس از جراحی متعجب می‌شوید. بیمار تب‌دار است و نشانهٔ دیگری از تب در بیمار وجود ندارد اولین کاری که انجام می‌دهید:
الف) به پرستار مسئول اطلاع می‌دهید.
ب) به جراح اطلاع می‌دهید.
ج) اطلاعات و یافته‌هایتان را معتبر می‌سازید.
د) یافته هایتان را ثبت می‌کنید.

۱۰ـ شما به مربی خودتان می‌گویید که بیمارتان خوبست و شکایتی ندارد. شما می‌شنوید:
الف) شما بعلت این که بیمار شکایتی ندارد نتیجه گرفته‌اید که او خوبست. چطور این نظریه را معتبر می‌سازید؟

ب) او احتمالاً اعتماد کافی به شما ندارد تا احساسش را در میان بگذارد. من کار می‌کنم تا اعتماد را افزایش دهم.
ج) گاهی اوقات شخص احساس خوشبختی می‌کند چرا شما سعی نمی‌کنید به بیمار دیگری کمک نمایید.
د) شاید شما باید بیمار را دو مرتبه ارزیابی نمایید. او مشکلی دارد این مشکل چیست؟



■ پاسخنامه با دلایل

۱ـ جواب صحیح گزینه «ب» است. واژه پویا توصیف کننده این حقیقت است که بین مراحل مختلف فرآیند پرستاری تعامل وجود دارد و جدا کردن این مراحل بطور واقعی قدری مشکل است. در بعضی موقعیتها تمام ۵ مرحله ممکن است همزمان اتفاق بیافتد.

۲ـ جواب صحیح گزینه «ج» است. بین مراحل مختلف فرآیند تعامل وجود دارد. در این کیس فکر کنید شما می‌خواهید تأثیر داروهای تجویز شده را ارزشیابی نمایید (انتخاب الف و ب) دلیلی وجود ندارد که برای این اتفاق قبل از بررسی گزینه‌های معتبر دیگر منتظر بمانید. گزینهٔ «د» غلط است زیرا امکان ندارد قبل از استفاده از مداخلات غیر دارویی از مفید بودن آن اطمینان حاصل نمایید.

۳ـ جواب صحیح گزینه «الف» است. فکر کنید ممکن است توسعه مهارتهای ارزیابی مورد نیاز باشد. «ج» دلیل اصلی که شما تاریخچه پرستاری می‌گیرید و بیمار را معاینه می‌کنید نیاز به ثبت ارزیابی در هنگام پذیرش جهت ارایه خدمات مراقبتی اصولی است. این حقیقت که خط مشی بیمارستان در این رابطه مؤثر است دلیل دیگری است (گزینه ب)

۴ـ جواب صحیح گزینه «د» است. انجام و ثبت ارزیابی متمرکز بر روی پیوستگی پوست است تا مشکل جدید مشخص گردد. ارزیابی مقدماتی نمی‌تواند دو مرتبه انجام شود (ب) یا تصحیح شود (الف) این واقعه تهدید کننده زندگی نمی‌باشد بنابراین نیازی به ارزیابی اورژانس ندارد (ج).

۵ـ جواب صحیح گزینه «ب» است. شما یک مرتبه یادبگیرید که ساختار مجموعه اطلاعاتی حداقل چیست، شما می‌توانید با هر بیماری در چنین موقعیتی سازگار شوید. این درست نیست که هر ارزیابی با ارزیابی دیگر مشابه است حتی با استفاده از فرم ساختاری مجموعه اطلاعات حداقل «الف» یا هر ارزیابی بصورت ممتاز متفاوت است «ج». «د» نیز غلط است زیرا فرم استاندارد مؤسسه درمانی فرصت مقتضی جهت تفکر انتقادی یا مراقبتی اختصاصی فردی از بیمار را مهیا نمی‌کند.

۶ـ جواب صحیح گزینه «الف» است. گزارش حالت تهوع نمی‌تواند درست باشد زیرا این حس بیمار را پرستار نمی‌تواند درک کند و این اطلاعاتی ذهنی است نه عینی (ب) یا آشکار (د) کدامیک قابل مشاهده و قابل اندازه‌گیری است. (ج) نیز غلط است زیرا نشانه اطلاعاتی قابل اندازه‌گیری است.

۷ـ جواب صحیح گزینه «د» است. بایستی بیمار تعیین نماید علاقمند است چه کسی در هنگام اخذ تاریخچه و معاینه حضور داشته باشد. شما نه تنها نبایستی فرض کنید که او می‌خواهد همسرش آنجا باشد (الف) بلکه نمی‌خواهد او در آن زمان آنجا باشد (ج) همچنین انتخاب متعلق به بیمار است نه همسر وی (ب).

۸ـ جواب صحیح گزینه «ج» است. گرچه ارزشیابی توانایی پیروی در ترجمه اطلاعات طبی مشکل است اما مسئله بسیار با اهمیتی است. آیا می‌توان به وی در ترجمه اطمینان کرد که آنچه را که می‌گوید بدون تعصبات وی باشد و چنانچه بیمار می‌خواهد از وی در ترجمه استفاده شود انتخاب مربوطه به بیمار می‌باشد نه پسر او (الف) و نه خط مشی مؤسسه که استفاده از اعضاء خانواده را در ترجمه منع نماید (د)، گزینه (ب) ناقص است.

۹ـ جواب صحیح گزینه «ج» است. چنانچه یافته‌های شما غیر معمول است ابتدا بایستی این اطلاعات را معتبر سازید. آیا انحراف از حالت طبیعی دارد و توسط اطلاعات دیگر حمایت نمی‌شود. آیا اطلاعات ثبت شده اشتباه را نشان می‌دهند، که سبب اطلاع مقدماتی به پرستار مسئول گردد (الف) یا به جراح اطلاع داده شود (ب). شما می‌خواهید اطمینان حاصل نمایید که تمامی اطلاعاتی که ثبت کرده‌اید دقیق است بنابراین بایستی چنانچه شکی وجود دارد قبل از ثبت این یافته‌ها را معتبرساز ینمایید (د).

۱۰ـ جواب صحیح گزینه «الف» است. مربی شما علاقمند است در ارتباط با نتیجه‌ای که گرفته‌اید و بیمار بسادگی بیان کرده است خوبست، واقعاً او مشکلی ندارد. این موضوع برای وی با اهمیت است که شما چگونه این اطلاعات را معتبر و تثبیت نموده‌اید (ب) پریدن به نتیجه‌ای که از نظر بیمار قابل اعتماد نیست (ب) نتیجه‌گیری سریع و کاملاً شخصی است. (ج) اشتباه است زیرا وی نتایج غیر معتبر را پذیرفته است. (د) اشتباه است زیرا این احتمال وجود دارد که شرایط مجدداً حل شده باشد.

تشخیص دادن



مارتین پرسکات (Martin prescott) مرد ۴۶ ساله‌ای است که برای بررسی وضعیت سلامت و معاینات فیزیکی دوره‌ای به کلینیک سلامتی بهداشتی مراجعه کرده است. در مدت بررسی او بیان می‌نماید «من مشکل یبوست دارم و بعد از دفع مدفوع گاهی اوقات خون در مدفوع می‌بینم. آیا مبتلا به هموروئید هستم؟ نگرانی در این مورد وجود ندارد؟»



آنتونیا زاکارلی (Antonia zuccarelli) زن میانسالی است که به تازگی تشخیص سرطان قابل درمان برای وی گذاشته شده است. به هر حال او نشان می‌دهد که علاقه‌ای به پیگیری تشخیص و درمان ندارد و مأیوس است.



آنجی کلارکسون (Angie clarkson) دانشجوی سال دوم کالج گزارش غم‌انگیزی را می‌دهد. او معتقد است که قربانی یک تجاوز در گذشته بوده است.. او مقدار زیادی نوشیدنی در یک مهمانی صرف کرده و فقط می‌تواند به خاطر بیاورد که در یک اتاق عجیب غریب که یک فرد منحرف در آن بوده است از خواب پریده است وی مطمئن نیست که آن فرد برای وی مشکل ایجاد کرده باشد زیرا وی بشدت تحت تأثیر دارو و الکل بوده است. او مطمئن است علیرغم این که قبلاً باکره بوده است در آن زمان برای وی مشکلاتی ایجاد شده، زیرا در زمان راه رفتن قطرات خون را دیده است. اکنون یک ماه از آن حادثه می‌گذرد و او نتوانسته با شرایط جدید تطبیق نماید و مشکل پیش آمده را فراموش کرده، زندگی عادی را در پیش گیرد.

❖ تمرکز بر مهارتهای ترکیبی

انواع مهارتهای ترکیبی که شما جهت پاسخ به کیسهای مطرح شده نیاز دارید شامل موارد زیر می‌باشد:

مهارتهای شناختی

- توانایی تفکر انتقادی و تعیین دلایل تشخیص‌ها
- توانایی توسعه تشخیص‌های پرستاری که پاسخ متقابلی است به مشکلات سلامتی بیمار: دفع مواد مدفوعی، درمان سرطان و پیگیری مشکلات تجاوز.
- آگاهی از استانداردهای وابسته و خط مشی موسسه یا سازمان در ارتباط با تشخیص‌ها
- آگاهی از دفع در سیستم معدی ـ روده‌ای، شامل هموروئید و عوامل احتمالی خطرساز سرطان کولون، واکنشهای روانی اجتماعی و درمانهای مورد نیاز و پیگیری برای سرطان و مشکل صدمه ناشی از تجاوز و چگونگی پاسخ به این مسئله
- آگاهی از منابع در دسترس برای حمایت و راهنمایی در ارتباط با سرطان و تجاوز.
- توانایی ترکیب دانش ارزیابی برای پی بردن به نیازهای متفاوت بیمار.

مهارتهای تکنیکی

- توانایی تحقیق در مطالعات موجود جهت دستیابی به دانش ضروری جهت توسعه لیست تشخیص‌های پرستاری.
- توانایی استفاده از سیستمهای صلاحیت‌دار جهت ارتباط با لیست تشخیص‌های پرستاری.
- توانایی کمک خواستن در زمان ضروری هنگامی که تشخیص‌های پرستاری برای نیازهای مختلف بیمار توسعه می‌یابد.

مهارتهای بین فردی

توانایی تثبیت اعتماد بین پرستار و بیمار و آگاهی از نیازهای فردی و توانایی‌های بیمار و خانوادهٔ وی.

- توانایی برقراری ارتباط بیماری که دچار سرطان است در ارتباط با بیماری، اولویت‌های وی و احساس خوب بودن وی (سلامتی).
- توانایی تعیین و پاسخ متقابل به نیازهای متفاوت بیمار در ارتباط با تجربه عوامل تنش‌زای متفاوت، از قبیل: بروز مشکلاتی در ارتباط با عملکرد سیستم گوارش، پیگیری کردن مشکلاتی که یک زن با تشخیص سرطان دارد و خانمی که قربانی یک تجاوز است.
- توانایی تشریک مساعی با دیگر اعضاء تیم مراقبتی بهداشتی جهت دستیابی به نیازهای بیمار

مهارتهای قانونی و اخلاقی

- نشان دادن احساس مسئولیت برای سلامتی و حس خوب بودن فردی در بیمار بر اساس تعیین نیازها و تشخیص‌های پرستاری
- تعهد لازم جهت توسعه و برقراری ارتباط با فهرست تشخیص‌های پرستاری که واکنشی است نسبت به نیازهای فردی
- توانایی نشان دادن تعهد در کمک به بیمار در دستیابی به اهداف سلامتی و برطرف کردن نیازهای وی در حیطهٔ اختیارات پرستاری
- توانایی ترکیب دانش قانونی و اخلاقی جهت راهنمایی در تصمیم‌گیری و توسعه و ثبت تشخیص‌های پرستاری
- توانایی انجام وظیفه به عنوان حامی و وکیلی که مورد اطمینان بیمار است. این حمایت بایستی هم شامل بیماری شود که دچار عجز در شرکت در برنامه‌های پیگیری درمان برای سرطان است و هم مربوط به خانم جوانی که قربانی یک تجاوز است.

❖ برآیندهای یادگیری

پس از مطالعهٔ این فصل، فراگیر باید قادر به انجام موارد زیر باشد:

۱ـ واژهٔ تشخیص‌های پرستاری، تفاوت بین تشخیص‌های پرستاری با مشکلات مشترک و تشخیص‌های پزشکی را توصیف نماید.

۲ـ چهار مرحله تجزیه و تحلیل و تفسیر اطلاعات را توصیف نماید.

۳ـ در هنگام توسعه جملات بیان کننده تشخیص‌ها از رهنمودهای لازم جهت نگارش مناسب تشخیص‌های پرستاری استفاده نمایید.

۴ـ مفهوم معتبر ساختن تشخیص‌های پرستاری را توصیف نماید.

۵ـ منافع و محدودیتهای تشخیص‌های پرستاری را توصیف نماید.

واژه‌های کلیدی

● تشخیص‌های واقعی پرستاری	Actual Nursing Diagnoses	● تشخیص‌های پزشکی	Medical Diagnoses
● مشکلات مشترک	Collaborative problems	● تشخیص‌های پرستاری	Nursing Diagnosis
● نشانه‌های راهنما	Cue	● تشخیص‌های احتمالی پرستاری	Possible Nursing Diagnosis
● مجموعه اطلاعات	Data cluster	● تشخیص‌های پرستاری پر خطر	risk/high-risk Nursing Diagnosis
● تشخیص‌ها	Diagnoses	● استاندارد	Standard
● تشخیص‌های اشتباه	Diagnostic error	● سندرم تشخیص‌های پرستاری	Syndrome nursing diagnosis
● مشکل سلامتی	Health problem	● بهبودی تشخیص‌ها	Wellness diagnoses

بعد از این که پرستار اطلاعات را از بیمار گردآوری و ثبت نمود کار تشخیص به عنوان دومین پله فرآیند پرستاری آغاز می‌گردد. هدف از تشخیص، تعیین (۱) مشکلات حاد و بالقوه بیمار در پاسخ به وضعیت سلامت یا بیماری (۲) عواملی که سبب ایجاد مشکلات می‌گردد (اتیولوژی) و (۳) نقاط قوت در بیمار، گروه یا جامعه که می‌تواند سبب پیشگیری و یا حل مشکلات وی گردد.

در مرحلهٔ تشخیص فرآیند پرستاری، پرستار اطلاعات بدست آمده از ارزیابی، را تجزیه و تحلیل و تفسیر می‌نماید (شکل ۱ـ۱۳). این اطلاعات در تعیین نقاط قوت و مشکلات سلامتی به پرستار کمک می‌نماید. یک مشکل سلامتی شرایطی است که مداخلات ضروری جهت پیشگیری یا حل بیماری یا ناخوشی یا ارتقاء تطابق و بهبودی را الزامی می‌سازد. به تمرینات انعکاسی که به عنوان مثال همراه فصل می‌باشد توجه نمایید.

آلفارو لفیوره (۲۰۰۴) با پرستاران جهت درک انواع مشکلاتی که آنها بایستی بر روی آنها تمرکز نمایند مشاوره نمود تا مسئولیت‌هایشان در رابطه با تشخیص‌ها و اداره مشکلات سلامتی روشن گردد. او انواع دغدغه‌های پرستاری را فهرست نمود تا مسئولیت‌های پرستاری به وضوح مشخص گردد:

- کنترل تغییرات در وضعیت سلامت
- ارتقاء ایمنی و پیشگیری از عوامل مضر، مشخص نمودن و کنترل عوامل خطرزا
- تعیین و دستیابی به نیازهای یادگیری
- مراقبت‌های درمانی و دارو درمانی برای هر فرد
- ترفیع راحتی و آسایش و کنترل درد.
- ترفیع سلامتی و حس خوب بودن
- تشخیص و تعیین مشکلاتی که مانع استقلال و زندگی کردن به روشی سالم می‌شود.
- تعیین واکنشهای متقابل انسانی (چطور فرد، خانواده‌اش یا گروههای دیگر به مشکلات سلامتی یا تغییرات زندگی واکنش نشان می‌دهند).

هنگامی که مشکل سلامتی تعیین شد، بایستی پرستار تصمیم بگیرد کدامیک از افراد حرفه‌ای تیم درمان می‌توانند بهتر از دیگران مشکل را درمان نمایند. مشکلات حقیقی و یا بالقوه سلامتی که می‌توان بوسیله مداخلات پرستاری مستقل از آنها پیشگیری و یا آن مشکلات را حل نمود با واژهٔ تشخیص‌های پرستاری مشخص می‌شود. پرستار تشخیص‌های پرستاری هر بیمار را تعیین، تنظیم، معتبر و فهرست می‌نماید (به شکل ۲ـ۱۳ توجه نمایید).

تشخیص‌های پرستاری پایهٔ مناسبی را جهت انتخاب مداخلات پرستاری جهت دستیابی به اهداف با ارزش برای بیمار که پرستار در قبال آنها مسئولیت دارد مهیا می‌نماید (شکل ۳ـ۱۳) به کادر ۱ـ۱۳، قوانین کاربردی تشخیص‌های پرستاری آلفا رو توجه نمایید.

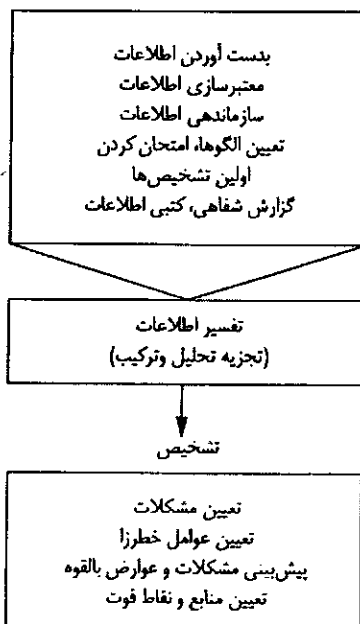
آلفارو توصیه می‌نماید هم از مدلهای پرستاری و هم از نگرش سیستمیک به بدن انسان جهت سازماندهی و ارزیابی اطلاعات و تعیین مشکلات پرستاری و پزشک استفاده نمایید.

تکامل تدریجی تشخیص‌های پرستاری

واژهٔ تشخیص‌های پرستاری برای اولین بار در مقالات سال ۱۹۵۰ به کار گرفته شد. همین طور در سال ۱۹۶۶ هاموند[1] نوشت که پرستاران نیاز به استراتژیهای مناسبی در گردآوری اطلاعات داشته و بایستی زمینه علمی و تئوریکی خوبی جهت جستجوی نشانه‌های راهنما و ارزیابی شواهد داشته باشند این دانش و مهارتها سبب تشخیص‌های پرستاری دقیق می‌گردد. اجزاء کلیدی در تکامل تدریجی تشخیص‌های پرستاری به عنوان

1- Hammond

«تشخیص»



تشخیص به سه دلیل نکته‌ای محوری است:

۱ـ دقت و مرتبط عمل کردن در برنامه‌ها به توانایی شفاف عمل کردن و تعیین مشکلات و علل ایجاد کننده آن بستگی دارد. تشخیص اشتباهی مشکلات یا عوامل ایجاد کننده آن سبب می‌شود که هر کسی در نتیجه گیری، تصمیم‌گیری و اجرای مراقبتها دچار خطا گردد و شاید حتی مراقبتی خطرناک ارایه شود. برای مثال در نظر بگیرید چنانچه شما درد قفسه سینه در ارتباط با مشکل قلبی را با درد التهاب مفصل شانه اشتباه کنید و اقدام موثری انجام ندهید حالا تصور کنید چه اتفاقی خواهد افتاد.

۲ـ ایجاد برنامه‌ای حرفه‌ای که سبب ارتقاء سلامتی و پیشگیری از مشکلات قبل از این که به توانایی شناخت عوامل خطرزا توسط شما ارتباط پیدا کند می‌تواند مفید باشد. حتی زمانی که مشکلی وجود ندارد شما باید بپرسید «آیا عوامل خطرزایی وجود دارد که شما آن را بررسی نمایید؟» برای مثال شما وزن زیاد یک تاجر را بررسی نموده و متوجه می‌شوید که هر دو والدین وی مبتلا به افزایش فشار خون بوده‌اند. آگاهی از چاقی و تاریخچه فامیلی افزایش فشار خون عاملی خطرزا برای افزایش فشار خون بوده و باعث می‌گردد شما بر روی اهمیت پیشگیری از افزایش فشار خون توسط تمرینات ورزشی، کنترل وزن و کاهش نمک دریافتی پافشاری نمایید.

۳ـ تعیین منابع و نقاط قوت نکته‌ای کلیدی در کاهش هزینه‌ها و حداکثر کارآیی مراقبت‌ها می‌گردد. مطمئن باشید که شما بیشتر منابع حمایتی با ارزش را تعیین نموده‌اید و از آن استفاده می‌کنید. افراد به مراقبت و شبکه حمایتی نیاز مبرم دارند برای مثال در یک مورد دیابتی، شما ممکن است فقط وقت داشته باشید که حداقل نکات آموزشی دست یافتنی را آموزش دهید و نتیجه آن را پیگیری نمایید. اما چنانچه شما لحظه‌ای فرد را تحریک نمایید و شخص را با انجمن دیابت جهت یادگیری درگیر نمایید با در اختیار گذاشتن شماره تلفن خودتان خواهید دید که فرد برای افزایش میزان اطلاعات و یادگیری بیشتر تلاش می‌نماید.

شکل ۱ـ۱۳. از ارزیابی تا تشخیص: نکات محوری (از نظریه الفا رولینوره استفاده شده است).

جزئی پیوسته از فرایند پرستاری شامل موارد زیر است:

- در سال ۱۹۵۳ واژهٔ تشخیص پرستاری بوسیله وی، به عنوان مرحله‌ای ضروری در توسعه یک طرح مراقبتی مطرح شد.
- در سال ۱۹۷۲ در ایالت نیویورک تشخیص پرستاری به عنوان قسمتی از حیطهٔ قانونی حرفهٔ پرستاری در نظر گرفته شد از آن زمان به بعد در بیشتر ایالات دیگر نیز انجام اعمال پرستاری اصلاح گردید.
- در سال ۱۹۷۳ انجمن استانداردهای اعمال پرستاری آمریکا تشخیص پرستاری را به عنوان عملی اساسی در پرستاری حرفه‌ای در نظر گرفت.
- همچنین در سال ۱۹۷۳ جبی(۱) و لوین(۲) از دانشگاه سنت لوئیس توسط برگزاری اولین همایش ملی طبقه‌بندی تشخیص‌های پرستاری تلاش ملی خود را برای تعیین استانداردها و طبقه‌بندی مشکلات سلامتی درمان شده توسط پرستاران آغاز نمودند. همایشها هر ۲ سال برگزار گردید و سبب پیشرفت زیادی در تعریف و طبقه‌بندی و توصیف تشخیص‌های پرستاری شد.

در اولین گردهمایی گروه ملی در سال ۱۹۷۳ که مجدداً انجمنی بنام تعیین استانداردهای اعمال پرستاری شمال آمریکا(۳) نامگذاری شد و به عنوان اصلی برای دستیابی به اهداف زیر در نظر گرفته شد.

- کسب اطلاعات و انتشار تشخیص‌های پرستاری
- تشویق فعالیتهای آموزشی در سطح منطقه و ایالات جهت ترفیع اجرای تشخیص‌های پرستاری این فعالیتها شامل همایشهایی جهت سازماندهی پرستاران برای تعیین تشخیص‌های اضافی و جدید پرستاری و کارگاههایی برای آموزش پرستاران در ارتباط با تشخیص‌های اضافی مزبور می‌باشد.
- ترفیع و سازماندهی فعالیتها جهت تداوم توسعه، طبقه‌بندی و امتحانهای عملی از تشخیص‌های پرستاری این فعالیتها شامل برنامه‌ریزی همایشهای ملی، تعیین معیار برای پذیرش تشخیص‌ها، انجام بررسی‌های مقتضی تحقیقات جاری و جستجوی روشهای متنوع برای طبقه‌بندی
- در سال ۱۹۸۰ انجمن پرستاری آمریکا «ANA» پرستاری را اینگونه تعریف کرد: «تشخیص‌ها و درمان پاسخ‌های متقابل انسانی نسبت به مشکلات سلامتی حاد یا بالقوه همان پرستاری است (ANA، ۱۹۸۰)

1- Gebbie　　2- Leovin

3- North American Nursing Diagnosis Association

تمرینات انعکاسی: چالشی با مهارتهای شناختی و بین فردی

آنی کلارکسون، دانشجوی ترم دوم به من گفت که خیلی غمگین است او اولین هفته این ماه در دانشکده قربانی یک تجاوز بوده است. او فقط می‌تواند بخاطر بیاورد که در یک میهمانی مقدار زیادی مشروبات الکلی مصرف کرده و در یک اتاق عجیب با یک فرد منحرف که در میهمانی با وی آشنا شده بود قدم می‌زده است. او مطمئن نیست که او به وی تجاوز کرده باشد چراکه تحت تأثیر الکل و مواد مخدر منگ بوده است. آنی پاکدامن بود و مطمئن از این که این اتفاق در آن مکان افتاده در همان مکان لکه‌های خون وجود داشت. حالا یک ماه از این ماجرا گذشته و او نتوانسته این واقعه را فراموش کند و زندگی عادی خود را از سر بگیرد. آنی به من گفت که من اولین فردی هستم که او در این رابطه با وی صحبت می‌کند. زیرا او از این اتفاق بسیار شرمسار است و هنوز نمی‌تواند باور کند که این اتفاق برای وی افتاده است. برای من نیز این اولین مسئولیت و تجربه است. من مواد مخدر و الکل مصرف نخواهم کرد و فعالیت جنسی خود را کنترل خواهم کرد.

تفکر خارج از این چهارچوب: اقدامات ممکن در این مورد

سعی کنید دوست خوبی را انتخاب کنید و پیشنهاد ساده این که از افراد حرفه‌ای کمک بگیرید.

● از آنی توسط یافتن منابعی که در محیط دانشکده برای کمک به وی وجود دارد حمایت کنید. آنی را از خصیصه‌های سندرم تجاوز آگاه کنید و توضیح دهید وی چگونه می‌تواند از افراد حرفه‌ای کمک بگیرد و چرا باید کمک بگیرد.

ارزشیابی یک هدف خوب: چطور من موفقیت را تعریف می‌کنم؟

● آنی از افراد حرفه‌ای کمک دریافت می‌نماید او بدین شکل خوب زندگی می‌کند.

● من، وی را از نظر اعتماد به خودم امتحان خوبی می‌کنم.

● من از این تجربه بیشتر در ارتباط با مشکلات شایع در محیط دانشکده و وجود منابع کافی استفاده نموده و آگاهی خود را ارتقاء می‌دهم.

● من چیزهایی را در ارتباط با توانایی خود در تشخیص مشکل سلامتی و طرحهای منطبق با آن فرا گرفته‌ام.

یادگیری شخصی: از این زمان به طرف آینده

پاسخ متقابل به گریه آنی برای کمک اساسی به وی برای خروج از ناراحتی و تمرکز بر روی راحتی آگاهی از این که چطور مهارتهای کلینیکی خود را توسعه دهم بهترین واکنش است و وی بسادگی با من دوست خواهد شد. من احساس می‌کنم در توانایی آنی برای تطابق با واقعه تجاوز مسئول هستم و اعتقاد دارم من باید گوش شنوای بیشتری داشته باشم. من به شکل عجیبی از این که منابع موجود در محیط دانشکده را کشف کرده‌ام لذت می‌برم. من حدس می‌زنم از این که یک مقداری تملق آنی را بگویم تا از افراد حرفه‌ای کمک بگیرد متعجب نشوم. زمانی که من دست نوشته‌هایی را در ارتباط با تشخیص سندرم ترومای تجاوز به او نشان دادم، بنظر می‌رسید او تجربیاتش را معتبر ساخته و عاقبت با تلاش دانشجویان سرویسهای بهداشتی جهت مشاوره با وی موافقت نموده است. من احساس مثبتی دربارهٔ نقش خود در کمک به این واقعه دارم.

انعکاس

شما فکر می‌کنید به موقعیتی مشابه چگونه بایستی واکنش نشان دهید؟ چرا؟ در مورد پاسخ به خودتان چکار انجام می‌دهید و آیا مهارتهای لازم در زمینهٔ حرفه‌ای را دارید؟ آیا می‌توانید به روش دیگری جهت نشان دادن عکس‌العمل مناسب فکر کنید؟ در صورتی که بیمار فرد دیگری باشد چه مراقبتهایی را برای وی مهیا می‌نمایید؟ آیا پاسخ متقابل شما متفاوت است؟ آیا آنگونه باید باشد؟ پاسخ خود را توضیح دهید. در این موقعیت جهت پاسخ متقابل مناسب چه مهارتهای (شناختی، بین فردی، تکنیکی، قانونی، اخلاقی) نیاز دارید؟ به چه منابع مناسبی نیاز دارید؟ آیا شما با ملاکهای ارزشیابی دستیابی به اهداف قابل انتظار موافق هستید؟
آیا دانشجوی پرستاری به این معیارها دسترسی دارد؟ لطفاً پاسخ‌های متقابل خودتان را حمایت کنید.

● در مارس ۱۹۹۰ در نهمین همایش «NANDA» در جلسه عمومی تعریف رسمی تشخیص‌های پرستاری تصویب شد: تشخیص‌های پرستاری یک قضاوت بالینی دربارهٔ پاسخ‌های متقابل فردی، خانوادگی یا جامعه نسبت به مشکلات سلامتی حقیقی و یا بالقوه در فرآیند زندگی است. تشخیص‌های پرستاری پایه‌ای را جهت انتخاب مداخلات پرستاری مهیا می‌نماید تا پرستار به برآیندهای مورد انتظاری (اهداف) که در مقابل آن مسئولیت دارد دست یابد (NANDA ،۱۹۹۰).

● همایشهای «NANDA» هر ۲ سال برگزار گردیده و سبب ارتقاء و توسعه تعریف، طبقه‌بندی و توصیف تشخیص‌های پرستاری شده است.

اکنون تشخیص‌های پرستاری پذیرفته شده و یکی از مراحل ضروری فرایند پرستاری می‌باشد که به طور مقدماتی با تشخیص پزشکی اشتباه می‌شود و این جرقه‌ای در مباحث بزرگ می‌باشد اگرچه این اشتباه حل شده است بیشتر پرستاران تشخیص‌های پرستاری را به کندی درک می‌نمایند و با آن کار می‌کنند.

بیشتر آخرین تغییر در روش درک پرستاران از مرحله تشخیص در فرآیند پرستاری تغییر در تمرکز صرف از تشخیص‌های پرستاری و درمان تشخیص‌های پرستاری به تشخیص دادن پرستاران و ادارهٔ انواع مشکلات توصیف شده در بالا می‌باشد.



شکل ۲ـ۱۳. تشخیص عبارتست از تجزیه و تحلیل و تفسیر اطلاعات جهت تعیین توانایی‌ها و مشکلات سلامتی بیمار که توسط مداخلات پرستاری قابل پیشگیری و حل کردن می‌باشد. تشخیص‌های پرستاری ممکن است به دلیل پاسخ متقابل بیمار به وضعیت سلامت و بیماری روز به روز تغییر نماید.

تمرکز ممتاز تشخیص پرستاری

در مرحله تشخیص از فرآیند پرستاری، پرستار نگرانیهای مهم پرستاری را برای یک بیمار مشخص می‌نماید (مانند چه عاملی در بیمار سبب افزایش نیاز وی به خدمات پرستاری می‌گردد و در مقابل چه عواملی سبب نیاز به مداخلات طبی یا فیزیک درمانی می‌شود) تشخیص‌های پرستاری نوشته شده مشکلات را در بیمار توصیف می‌نمایند که پرستاران می‌توانند مستقلانه آنها را حل کنند. نمودار زیر نشان می‌دهد چطور فعالیتهای ارزیابی به چگونگی شناخت نکات اساسی در فرآیند پرستاری منجر می‌شود.

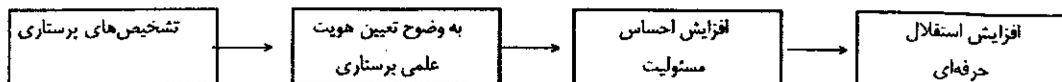
آنتونی زوکارلی خانمی میانسال را که اخیراً تشخیص سرطان برای وی گذاشته شده اما پیگیری ضعیفی را انجام داده است را در نظر بگیرید. اگرچه تشخیص سرطان بیمار با اهمیت است پرستار بایستی بر روی فقدان پیگیری مناسب از طرف بیمار و دلایل احتمالی آن تمرکز نماید. برای مثال بیمار ممکن است اهمیت پیگیری را نفهمیده باشد. بنابراین فقدان آگاهی سبب بروز این مشکل است یا این که ممکن است بیمار چنان در تشخیص خود غوطه‌ور باشد که حقیقت وجود بیماری را انکار نماید و قادر به تطابق با این شرایط نباشد.

همان طوری که پرستاران اطلاعات بیمار را تجزیه و تحلیل و تفسیر می‌نمایند ممکن است مشکلات سلامتی را مشخص کنند که بهتر توسط پزشک درمان می‌شود (تشخیص‌های پزشکی) یا مشکلاتی مشخص گردد که توسط همکاری با دیگر اعضاء حرفه‌ای تیم مراقبتی بهداشتی حل گردد (مشکلات مشترک) در این هنگام پرستار یافته‌های خود را به پزشک یا دیگر اعضاء حرفه‌ای تیم مراقبتی بهداشتی گزارش نموده و با آنها در حل مسئله بیمار تشریک مساعی و همکاری می‌نماید.

تشخیص‌های پرستاری در مقابل تشخیص‌های پزشکی

تشخیص پزشکی مشخص کننده بیماری است در حالی که تشخیص‌های پرستاری بر روی پاسخ‌های متقابل بیمارگونه مددجو نسبت به سلامت و ناخوشی تمرکز دارد. تشخیص‌های پزشکی توصیف کننده مشکلات برای پزشکی است که مستقیماً درمان اولیه را انجام می‌دهد در حالی که تشخیص‌های پرستاری توصیف کننده مشکلاتی است که در حیطه اعمال مستقل پرستاری حل می‌شود. یک تشخیص پزشکی برای مدت نسبتاً طولانی به نحوی یکسان در بیمار باقی می‌ماند، یک تشخیص پرستاری ممکن است از روزی به روز دیگر تغییر نماید که این تغییر در واکنشهای متقابل بیمار مشهود است.

این تمایزات منعکس کننده تفاوت کلیدی موجود در اعمال پزشکی و پرستاری است. سکته قلبی (حمله قلبی) یک تشخیص پزشکی است. مثالهایی از تشخیص‌های پرستاری برای شخص با سکته قلبی شامل ترس، تغییر در حفظ سلامتی، نقصان دانش، درد و تغییر در اکسیژن رسانی بافتی است.



شکل ۳ـ۱۳. ارتباط تشخیص‌های پرستاری با احساس مسئولیت و استقلال حرفه‌ای (اقتباس از کارپنیتو، ۲۰۰۴) از کتاب تشخیص‌های پرستاری: کاربرد در مهارتهای بالینی

کادر ۱ـ۱۳. آگاهی از قوانین: قوانین آلفارو

واژه تشخیص کاربرد قانونی دارد. این واژه نشان‌دهنده مشکلات اختصاصی هستند که نیاز به درمان بوسیله فردی متخصص و با تجربه دارد. چنانچه شما تشخیصی را معلوم کردمایید معنی آن این است مسئولیت تعیین تشخیص و درمان مشکل را نیز پذیرفته‌اند.

- چنانچه مشکل را درمان کردید یا اجازه دادید مشکلی بدون تشخیص صحیح باقی بماند ممکن است اعمال شما مضر باشد و سبب اهمال کاری یا بی‌مبالاتی حرفه‌ای گردد.
- شما برای آشکار کردن، تعیین یا تشخیص نشانه‌ها و علایم سرپوشیده که دلالت بر مشکلات بیمار دارند مسئولیت دارید. مثال: پرستاران شاغلی که مسئول نیستند واجد شرایط تشخیص و درمان مستقل پنومونی بطور مستقل نمی‌باشند.

به هر حال پرستاران در مقابل موارد زیر مسئول هستند:

۱ـ مشخص و گزارش کردن علایم و نشانه‌های پوشیده پنومونی (برای مثال، تب، سرفه خلط‌دار و احساس کسالت)

۲ـ تشخیص و اداره عوامل خطرزای پنومونی (برای مثال نفس ضعیف در ارتباط با درد ناشی از جراحی آسیب طناب نخاعی، یا بیماری، در موردهایی که دارای عوارضی هستند این عوامل خطرزا ممکن است نیاز به درمانهای طبی داشته باشد).

۳ـ تشخیص را داده پاسخ‌های متقابل انسانی به پنومونی (برای مثال، خستگی و مشکلات ناشی از تسویه نامناسب راه هوایی در ارتباط با پنومونی).

۴ـ اطمینان از این که طرحهای درمانی طبی همان طوری که تجویز شده‌اند اجرا گردیده‌اند. (آلفارو، لفیفوره ـ ۲۰۰۴ ص ۷۷).

برگردید به عقب و دربارهٔ آنی کلارکسون، دانشجوی سال دوم که قربانی یک تجاوز شده است فکر کنید. تشخیص احتمالی پرستاری ممکن است شامل تطابق غیر مؤثر با سندرم ترومای تجاوز، سندرم پس از تروما، خطر کاهش اعتماد بنفس موقعیتی و خطر برای عفونت باشد.

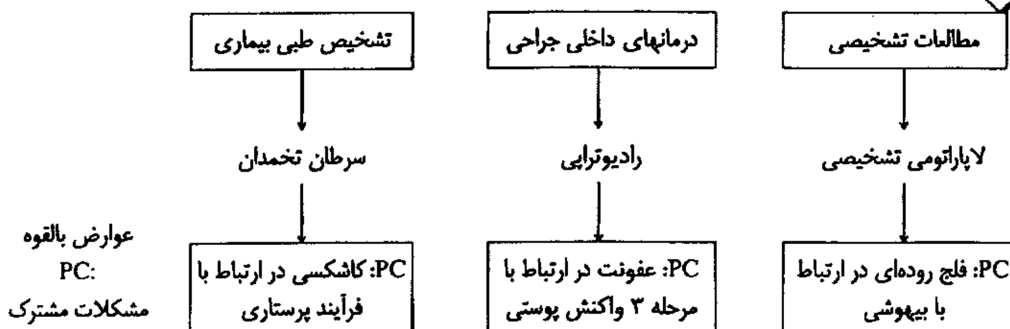
تشخیص‌های پرستاری در مقابل مشکلات مشترک

تشخیص‌های پرستاری همچنین با مشکلات مشترک متفاوت است. تشخیص‌های پرستاری و مشکلات مشترک با یکدیگر میزانی از پاسخ‌های متقابلی را تشکیل می‌دهند که توسط پرستاران درمان می‌شود و بدین ترتیب آنها تعریفی برجسته از ماهیت پرستاری ارایه می‌نمایند. کارپنیتو[1] مشکلات مشترک را به عنوان عوارض اساسی فیزیولوژیک که پرستاران تغییرات شیوع آن را کنترل می‌نمایند تعریف کرده است. پرستاران مشکلات مشترک را با استفاده از تجویز پزشک اداره می‌نمایند و مداخلات پرستاری توصیه شده عوارض ناشی از وقایع را به حداقل می‌رساند (۲۰۰۴، ص ۱۹).

برخلاف تشخیص‌های پزشکی، مشکلات مشترک مقدماتی‌ترین مسئولیت پرستاران است. برخلاف تشخیص‌های پرستاری، مشکلات مشترک و توسط توصیه‌های پزشکی و پرستاری بشکل توأم حل می‌گردد. هنگامی که پرستار اهداف قابل انتظار بیمار را می‌نویسد جهت دستیابی به اهداف مشکلات مشترک نیاز به دستورات طبی می‌باشد. موقعیت مزبور تشخیص پرستاری نمی‌باشد اما یک مشکل مشترک است. به دلیل این که مشکلات مشترک شامل عوارض بالقوه می‌گردد بایستی هرچه سریعتر آنها را مشخص نمود تا با شکل دادن سریع مراقبت‌های پرستاری بتوان از بروز آنها پیشگیری نمود. شکل ۴ـ۱۳ مشکلات مشترک مشخص شده توسط پرستاری را که از بیماری یا سرطان تخمدان مراقبت می‌نماید نشان داده است. این مشکلات در ارتباط با بیماری طبی درمان طبی و مطالعات تشخیصی می‌باشد. نوشتن جملات تشخیصی برای مشکلات مشترک بر اساس قوانین آلفارو عبارتند از:

چنانچه نیاز دارید جملات تشخیصی را برای بیان مشکل مشترک بنویسید بر روی عوارض بالقوه مشکل تمرکز نمایید. از علامت اختصاری «PC»[2] برای عوارض بالقوه استفاده نمایید و بدنبال آن علامت دو نقطه (:) را گذاشته و سپس لیست عوارضی را که ممکن است اتفاق بیافتد بنویسید. برای وضوح بیشتر عوارض بالقوه را بدنبال مشکل مشترک بشکلی پیوسته با استفاده از واژه «در ارتباط با» بیان نمایید. مثال: پنوموتراکس در ارتباط با شکستگی دنده‌ها: PC (عوارض بالقوه)

1- carpenito　　2- Potential Complication



شکل ۴-۱۳. مشکلات مشترک

جدول ۱-۱۳ نشان می‌دهد که چطور پرستاران بطور موفقیت‌آمیزی دسته‌ای از اطلاعات مختلف را جهت تعیین تشخیص‌های پرستاری مشکلات مشترک و تشخیص‌های پزشکی تفسیر می‌نمایند. در اولین مثال یک تشخیص پرستاری تعیین و بطور موفقیت‌آمیزی درمان شده است. در مثال بعدی پرستار یک مشکل مشترک را تعیین و مداخلات مقدماتی را که در حیطه کاری وی بوده را اجراء نموده است. هنگامی که در حل مشکل بیمار نارسایی وجود دارد جهت کسب دستور دارو درمانی یا سنداژ با پزشک تماس گرفته شده است. در این مثال خیلی زود پرستار مشکل بیمار را مشخص و سپس‌مشکل‌مزبور را به پزشک گزارش نموده و در نتیجه تشخیص پزشکی التهاب و عفونت مثانه فوراً تعیین و آنتی‌بیوتیک درمانی موفق صورت گرفت.

دلایل تشخیص و تفکر انتقادی

اجراء موفقیت‌آمیز هر مرحله از فرآیند پرستاری به سطوح بالای مهارتهای تفکر انتقادی نیاز دارد. مشکلات سلامتی را صحیح تشخیص دهید:

- با تشخیص‌های پرستاری و دیگر مشکلات سلامتی آشنا شوید: منابع موجود حرفه‌ای را بخوانید و جهت راهنمایی منابع را در دسترس قرار دهید.
- به تجربیات و قضاوت بالینی اعتماد کنید اما زمانی که موقعیت بیمار بستگی به تجربه، دانش و مهارتهای شما دارد و نیاز به کمک دارد مشتاق کمک به وی باشید.
- به قضاوتهای بالینی خود احترام گذارید اما قبل از نوشتن اهداف بدون گواه لازم، تکرار مشاهدات و ادامه بررسی برای نشانه‌های راهنما ادامه یابد.
- تعصبات شخصی فردی را تشخیص داده و ذهن خود را باز و منعطف نگهدارید.

سؤالات تسهیل کننده تفکر انتقادی در ارتباط با دلایل تشخیص‌ها شامل موارد زیر می‌باشد:

- آیا اطلاعات من دقیق و کامل است؟
- آیا بیمار یا ولی وی (چنانچه قادر باشند) اهمیت مشکلات را تأیید می‌کنند؟
- آیا من به بیمار و ولی وی این فرصت را داده‌ام تا مشکلاتی را که ممکن است من فراموش کرده باشم تعیین نمایند؟
- آیا هر تشخیص با شواهد لازم حمایت می‌شود؟ آیا ممکن است این علایم راهنما مشکلات یا تشخیص‌های متفاوتی را مشخص نمایند؟
- آیا من به اندازه کافی تلاش کرده‌ام تا عوامل مسبب مشکلات واقعی یا بالقوه را مشخص نمایم و همچنین مشخص کنم که چه منابع و نقاط قوتی در بیمار می‌تواند سبب پیشگیری یا حل مشکل گردد.
- آیا من از راهبردهای مؤسسه خدماتی جهت ثبت صحیح و بیان درست تشخیص‌های پرستاری استفاده نموده‌ام تا بطور واضح ارتباطی بین مشکلات بیمار و دیگر افراد حرفه‌ای عضو تیم درمان برقرار گردد؟
- آیا زمانی که یک تشخیص پزشکی و یا مشکل مشترک مطرح می‌شود این امر باعث ایجاد مشکل تنزل در حیطه استقلال خدمات پرستاری می‌گردد.

تجزیه و تحلیل و تفسیر اطلاعات

بیشتر پرستاران با تجربه در هنگام گردآوری اطلاعات (ارزیابی) آنها را تجزیه و تحلیل و تفسیر می‌نمایند. واژه راهنما غالباً بر اطلاعات با اهمیت و یا بر اطلاعاتی که تجزیه و تحلیل را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد دلالت می‌کند. اطلاعات با اهمیت مانند پرچم قرمز برافراشته‌ای هستند که برای پرستاری که اطلاعات را

جدول ۱ـ۱۳. یک مقایسه: تشخیص پرستاری، مشکل مشترک، تشخیص پزشکی

	تشخیص‌های پرستاری	مشکل مشترک	تشخیص‌های پزشکی
تعریف	یک تشخیص پرستاری قضاوتی بالینی است که پرستار در رابطه با پاسخ‌های متقابل فرد، خانواده یا جامعه نسبت به مشکلات حاد یا بالقوه سلامتی و یا فرآیند زندگی انجام می‌دهد.	عوارض فیزیولوژیک اساسی است که پرستاران شیوع تغییرات در وضعیت سلامتی را کنترل می‌نمایند (کارپینتو)	سندرمها، شرایط بیماریها یا شرایطی تروماتیک که بوسیله بررسی‌ها تشخیص طبی مسجل می‌گردد.
تمرکز	کنترل پاسخ‌های متقابل انسانی به مشکلات حاد و بالقوه سلامتی	کنترل پاسخ‌های متقابل پاتوفیزیولوژیک ارگانها یا سیستم‌های بدن	اصلاح یا پیشگیری از عوامل بیماریزا در ارگانهای اختصاصی یا سیستم‌های بدن
نمونه‌ای از اطلاعات	خانم ۵۶ ساله ۱۶۷ پوند: هر وقت که من عطسه می‌نمایم بی‌اختیار چند قطره ادرار دفع می‌کنم این موضوع مرا دستپاچه می‌نماید.	خانمی ۴۲ ساله: یک ساعت پس از زایمان: بیحسی نخاعی 1500cc مایع داخل وریدی پس از ۴ ساعت بدون این که بیمار دفع ادرار داشته باشد انفوزیون شد قادر به دفع ادرار نبود.	هر وقت که مجبورم ادرار کنم به سختی احساس سوزش می‌نمایم من همچنین احساس می‌کنم که واقعاً بد هستم. «مقدار کمی تکرر ادرار وجود دارد» ادرار کدر است T:100 درجه فارنهایت «سیستیت»
جملات تشخیصی	بی اختیاری ادراری در نتیجه تنش (افزایش فشار) در ارتباط با تغییرات دژنراتیو در عضلات لگن و ساختارهای حمایتی شامل سن، چاقی و حاملگی	عوارض بالقوه: احتباس ادراری در ارتباط با مایعات اضافی و تأثیر بیهوشی	
انتخاب واکنشهای متقابل پرستاری	جهت افزایش تونیسیته عضلانی تمرینات کنترل را آموزش دهید رضایت و تمایل بیمار را نسبت به تعقیب برنامه‌های ورزشی و کاهش وزن را مشخص نمایید: نیاز به برنامه‌های تمرین مثانه را ارزشیابی نمایید.	علایم افزایش احتباس ادراری را کنترل نمایید به بیمار لگن بدهید وی را توسط بازکردن شیر آب، پاشیدن آب گرم بر روی بالای پرینه و راههای دیگر تشویق نمایید. چنانچه نتیجه نگرفتید بر اساس تجویز پزشک بیمار را سونداژ مثانه نمایید.	علایم و نشانه‌ها را به پزشک گزارش نمایید: از بیمار کشت ادرار بگیرید، نتایج را به پزشک معالج گزارش نمایید، آنتی‌بیوتیک مناسبی که توسط پزشک تجویز شده است را به بیمار بدهید

جستجو یا پیگیری می‌نماید دسته‌ای از اطلاعاتی را که نشان‌دهنده مشکلات واقعی، بالقوه یا تشخیص‌های پرستاری احتمالی می‌باشد را مشخص می‌نماید.

آیا مارتین پرسکات مرد ۴۶ ساله‌ای را که دچار اسهال خونی شده بود بخاطر می‌آورید؟ گزارش خونریزی همراه با شکایت بیمار از یبوست بایستی پرستار را نسبت به مشکلات بالقوه که بیمار را در هنگام دفع مدفوع تهدید می‌کند هوشیار نماید.

تشخیص اطلاعات با اهمیت

دسته‌ای از واکنشهای سلامتی بیمار میزان سلامتی را آن طوری که وجود دارد نشان نمی‌دهد. به هیچ عنوان نبایستی به غلط زمانی که رفتارهای بیمارگونه حاد بخوبی مشخص نشده است الگوی خاصی برای سلامتی فرد در نظر گرفته شده و برچسب اشتباه بر روی شخص زده شود. پرستاران بایستی با استانداردهای تطبیقی مورد استفاده در تجزیه و تحلیل و تفسیر اطلاعات آشنا باشند.

یک استاندارد یا یک فرآیند طبیعی بوسیله قانون مقیاس، الگو یا مدلی پذیرفته شده است که می‌توان اطلاعات را در طبقه یا حیطهٔ مشابه با آنها مقایسه نمود. برای مثال هنگامی که یک فشار خون با اهمیت در بیمار مشخص می‌گردد استانداردهای مقتضی شامل ارزشهای طبیعی، گروه سنی، نژاد و طبقه‌بندی ناخوشی فرد بیمار می‌باشد. میزانهای طبیعی بیمار چنانچه شناخته شوند استاندارد مهمی محسوب می‌گردد. فشار خون ۱۵۰/۹۰ mmHg ممکن است برای بیماری با فشار خون طبیعی ۱۲۰/۷۰ بالا در نظر گرفته شود اما این فشار خون ممکن است برای شخصی با سابقه فشار خون بالا طبیعی باشد. مثالهایی از چگونگی کاربرد استانداردها در تعیین کلیدهای راهنمای با ارزش در زیر اشاره شده است (گوردون، ۱۹۹۴)

۱ـ تغییر در الگوهای سلامتی معمول بیمار که با موارد طبیعی قابل انتظار برای رشد و تکامل بیمار منطبق نمی‌باشد مثال: نوزادی که به راحتی با شیر مادر تغذیه شده است به طور ناگهانی در هنگام گرفتن پستان مکیدن را متوقف کرده و

تدریجاً دچار کاهش وزن شده است.

۲ـ انحراف از موارد طبیعی و استاندارد جامعه. مثال: یک دانشجوی سال اول انجام اعمال عادتی خود را سرعت می‌دهد و این امر موجب ایجاد استفراغ بعد از غذای در وی می‌شود. او به سرعت دچار کاهش وزن می‌شود.

۳ـ رفتاری که در ایجاد شخصیت سالم فرد سودمند نمی‌باشد. مثال: یک دانشجوی کالج ارتباطش را با نامزدش قطع کرده و اعتقاد دارد که او در خور هر نوع ارتباط دیگری نمی‌باشد و خودش را از فعالیتهای اجتماعی و دوستانش کنار می‌کشد.

۴ـ رفتاری که نشان‌دهندهٔ کندی رشد و تکامل یا ظاهر شدن اختلال در عملکرد فرد می‌باشد. مثال: خانم ۱۶ ساله‌ای که مادر یک کودک ۶ ماهه می‌باشد و به تنهایی زندگی می‌کند و به سختی با یکی از دوستانش زندگی را ادامه می‌دهد وی نشان می‌دهد که جهت مراقبت از پسرش علاقه ندارد و مکرراً وی را ترک می‌کند و افراد خانواده را نگران می‌نماید.

تشخیص الگوها یا مجموعه‌ها

یک دسته از اطلاعات مجموعه‌ای از اطلاعات بیمار یا راهنمایی‌هایی است که به وجود مشکل سلامتی در بیمار اشاره می‌نماید. تشخیص‌های پرستاری همیشه از دسته‌ای از اطلاعات با ارزش به دست می‌آید تا یک راهنمای منفرد، خطر مشتق شدن تشخیص‌های پرستاری از اطلاعات تک و منفرد در مثالهای بعدی شرح داده خواهد شد.

تشخیص تطابق غیر مؤثر خانمی که در حال بهبود از عمل جراحی کیسه صفرا است. تنها با توجه به گریه کردن وی ممکن است سبب سوء تعبیر گریهٔ بیمار گردد زیرا ممکن است گریه وی ناشی از احساس سلامتی در او باشد. چنانچه بیمار مشابهی دسته‌ای از اطلاعات با ارزش راهنما را نشان دهد مانند: امتناع از خوردن، ترجیح دادن استراحت در تخت تا حرکت بر طبق جدول تنظیم شده و گزارش افزایش ناراحتی، می‌تواند بر الگوی نامناسب سلامتی دلالت نماید. جدول ۲ـ۱۳ مثالهایی را از چگونگی استفاده از مجموعهٔ اطلاعات با ارزش را در تنظیم دقیق تشخیص‌های پرستاری نشان می‌دهد.

فکر کنید به گذشته به آنی کلارکسون، دانشجوی سال دوم کالج. بیان کلامی تجاوز و ترومای ناشی از آن چقدر مهم بود. به هر حال گزارش واقعه که توسط انی انجام شد بسیار با اهمیت بود چرا که واقعه بیش از یک ماه پیش اتفاق افتاده بود و او هنوز نتوانسته با این حقیقت روبرو و زندگی کردن به صورت عادی را تجربه نماید.

تعیین نقاط قوت و مشکلات

مرحله بعدی در تجزیه و تحلیل اطلاعات تعیین نقاط قوت و مشکلات بیمار می‌باشد. هنگامی که نقاط قوت و مشکلات بیمار را مشخص می‌نمایید مهمترین و مفیدترین عمل این است که متوجه شویم آیا بیمار با نقاط قوت و مشکلات تعیین شده موافق است و برای حل مشکلات خود انگیزهٔ واقعی دارد.

تعیین نقاط قوت بیمار

چنانچه بیماری نشان دهد که به استانداردی دست یافته است پرستار نتیجه می‌گیرد که بیمار در زمینه خاص توانایی داشته و این توانایی سبب شده که شخص به سطح مطلوبی از خوب بودن دست یابد. برای مثال شخصی با تاریخچه تعادل مناسب در تغذیه معمولاً بهتر توانایی تطابق با ناخوشی را دارد تا فردی که دچار تاریخچه ضعف در خوردن مواد غذایی می‌باشد. نقاط قوت بیمار ممکن است شامل عملکرد فیزیولوژیک سالم، سلامت روحی روانی، توانایی‌های شناختی، مهارتهای تطابقی، توانایی‌های بین فردی و نکات مثبت معنوی باشد. منابعی مانند حضور افراد حامی، وضعیت مالی مناسب و محیط سالم ممکن است در ایجاد نقاط قوت در بیمار نقش داشته باشند.

بیشتر مردم داشتن نقاط قوت را مسلم دانسته و ممکن است ندانند در هنگام پاسخ متقابل به ناخوشی چگونه از آنها استفاده نمایند. بحث در ارتباط با نقاط قوت بیمار و مشاوره با بیمار دربارهٔ راههای تکامل و استفاده از نقاط قوت وی از معیارهای مهم پرستاری می‌باشد.

تعیین سطح مشکلات بیمار

شخصی که به استاندارد اساسی سلامتی دست نیافته است احتمالاً در این جنبه وضعیت سلامت محدودیت داشته و ممکن است مراقبت‌های حرفه‌ای برای وی سودمند باشد برای مثال شخصی با تاریخچه طولانی یبوست احتمالاً نیازهای مراقبتی جهت کمک و غلبه بر مشکل وی وجود دارد. همان طوری که قبلاً نیز بیان شد پرستار تصمیم می‌گیرد که چه اطلاعاتی تشخیص‌های پرستاری یا مشکلات مشترک را نشان می‌دهد و چه اطلاعاتی به دلیل این که می‌تواند منجربه تشخیص پزشکی گردد بایستی به پزشک گزارش شود.

جدول ۲-۱۳. دسته‌بندی دقیق تشخیص‌های پرستاری بر اساس مجموعه اطلاعات موجود

نشانه‌های با اهمیت	نمونه‌ای از مجموعه اطلاعاتی	دسته‌بندی آزمایشی تشخیص‌های پرستاری	معتبرسازی تشخیص‌های پرستاری
تغییر در الگوی معمول سلامتی که بوسیله استانداردهای رشد و تکامل قابل انتظار توضیح داده نشده است.	«من حدس می‌زنم حدود ۲۰ تا ۳۰ پوند در ۶ ماه اخیر وزن از دست داده باشم. فکر می‌کنم بقدری کار داشتم که وقت مناسب برای غذا خوردن نداشتم. وزن ۱۰۲ پوند. قد: ——— ● مادری ۳۵ ساله با دو پسر ۴ ساله دوقلو بازگشته به کار منشیگری برای اولین بار پس از زایمان ۷ ماه پیش	عدم تعادل تغذیه: اختلال در تغذیه کمتر از نیاز بدن در ارتباط با تنش شغل جدید نقشهای متضاد و عوامل وابسته به آن	تشخیص‌های دقیق: بیمار تشخیص‌ها را به وسیله موافقت با عوامل ایجاد کننده آنها تأیید و معتبر کرده است.
انحراف از معیارهای استاندارد جامعه	معلم متوجه می‌شود پسر بچه‌ای که مرتباً خودش را از کلاس کنار می‌کشد و گوشه‌گیری می‌کند در قسمتهایی از بدنش دچار علایم کوفتگی است وی این مشکل را گزارش می‌کند.	احتمال سوء استفاده سیستم وابسته به علت (اختلال در عملکرد والدین)	تشخیص ناقص: جمع‌آوری اطلاعات و دستیابی به اطلاعات جدیدی که در زیر آمده است: ● پدر در ۱۸ ماه گذشته بیکار بوده است. ● پدر از پسری که این تشخیص را دارد سوء استفاده کرده است: احتمال رفتارهایی تند و خشن و جابرانه در ارتباط با افزایش تنش در خانواده و تاریخچه مورد سوء استفاده قرار گرفتن پدر.
رفتاری که در حساسیت فردی تغییری ایجاد نکرده است.	● نامزدی بطور ناگهانی ۳ ماه قبل از عروسی خاتمه یافت. ● تغییر قابل ملاحظه در ظاهر فرد، پوشیدن مکرر لباسهای یکسان، آرایش نکردن صورت، موها بدون آراستگی و استفاده نکردن از جواهرات و لوازم زینتی، بوی بسیار تند بدن ● عدم معاشرت با دیگران رفتن به منزل (تنها زندگی کردن، بلافاصله پس از انمام کار) ● عدم حضور در کلاسهای ورزش آئروبیک	احتمال کاهش اعتماد به نفس وضعیتی در ارتباط با احساس سستی بدلیل از دست دادن نامزد.	تشخیص زودرس در سیستم گردآوری اطلاعات ناقص. بیمار سابقه افسردگی طولانی‌مدت را از قبل بیان می‌نماید. یکی از عواملی که ممکن است باعث تخریب ارتباط گردد. تشخیص و درمان پزشکی به کار رفته است. تغییر ظاهر فرد نیز بیان کننده افسردگی وی است. نیاز به معاینه و بررسی بیشتر در ارتباط با تشخیص پرستاری
رفتارهایی که نشاندهنده تکامل عقب افتادگی یا تظاهرات اختلال در عملکرد و الگوها	● پذیرش به خانه پرستاری دو ماه پیش ● من چیزی ندارم که بخاطر آن بیشتر زندگی کنم.... چرا من نمی‌میرم؟ ● دوست دارم در اتاق روی صندلی بنشینم حرکت فقط به واسطه برطرف کردن نیازهای مهم ● هر کاری نیاز به حرکت دارد دردسر وی مرتباً بیشتر می‌شود. ● کاهش توده، تونیسیته و قدرت عضلات، کاهش حرکات مفصلی	اختلال در حرکات فیزیکی در ارتباط با مشکل انتقال به خانه پرستاری	تشخیص دقیق ولی روتین پرستاری که ممکن است سبب پذیرش این وضعیت در بیمار گردد مگر این که نشانه‌های راهنمای تعریف شده بیشتری مشخص گردد.

تعیین مشکلاتی که بیمار احتمالا تجربه خواهد کرد

تعیین مشکلات احتمالی سلامتی برای پرستاران بسیار با اهمیت است برای مثال پرستاری که متوجه می‌شود زخم بیمار علایمی از عفونت را نشان می‌دهد اما نتایج تست آزمایشگاهی گلبولهای سفید وی افزایش را نشان نمی‌دهد با یک مشکل احتمالی مواجه است چراکه معمولاً در این موارد عفونت وجود دارد پرستار نتیجه می‌گیرد که ظاهراً بدن از مکانیسم دفاعی طبیعی برای مقابله با عفونت استفاده نکرده است.

سپس پرستار بایستی مشکلاتی را که احتمالاً بیمار با آن مواجه خواهد شد را حدس بزند مانند احتمال طولانی شدن زمان

بهبودی و درمان فرد. تشخیص‌های پرستاری بالقوه نیز سایر مراقبت‌کنندگان را از مشکلاتی که ممکن است بیمار تجربه نماید را آگاه می‌کند.

این حدس به مراقبت‌های پرستاری کمک می‌نماید مانند شاخصهایی در ارتباط با تغذیه، جذب مایعات، دفع ادرار و حرکت بیمار که ممکن است در ارتباط با فرآیند بیماری دچار اختلال شود. هنگامی که توانایی‌ها و مشکلات مشخص گردید، تعیین این که آیا بیمار موافق با مشکلات تعیین شده از سوی پرستار می‌باشد و آیا انگیزه تلاش برای حل مشکل وجود دارد یا نه مشخص می‌شود.

نتیجه‌گیری

پرستار پس از تفسیر و تجزیه و تحلیل اطلاعات موجود بیمار به یک تا چهار نتیجه دست می‌یابد پاسخ‌های متقابل متفاوت پرستاری برای هر نتیجه عبارتست از:

عدم وجود مشکل:

- عدم کاربرد پاسخ‌های متقابل پرستاری
- تقویت الگوها و عادات بهداشتی بیمار
- آغاز فعالیتهای ترفیع سلامتی جهت پیشگیری از ناخوشی بیماری یا ارتقاء سلامتی بیمار به سطح بالای خوب بودن

مشکلات احتمالی:

- جمع‌آوری بیشتر اطلاعات جهت تأیید و یا تکذیب مشکلات مشکوک بیمار
- پرستار به دلیل این که بیمار مشکلاتش را کتمان می‌نماید و از درمان امتناع می‌ورزد قادر به حل مشکل وی نمی‌باشد (مطمئن گردید که بیمار اهداف قابل انتظار را درک کرده است).
- برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی مراقبت‌های طراحی شده را جهت پیشگیری، کاهش یا حل مشکل شروع نمایید.

مشکلات بالینی علاوه بر تشخیص‌های پرستاری:

- با افراد حرفه‌ای مناسب عضو تیم بهداشتی درمانی مشاوره نمایید و بطور مشترک بر روی مشکل کار کنید.
- چنانچه لازم است مشکل را به طب یا دیگر اعضاء تیم درمان ارجاع نمایید.

طبقه‌بندی و معتبرسازی تشخیص‌های پرستاری

نوشتن تشخیص‌های پرستاری

هنگامی که پرستار دسته‌ای از اطلاعات با ارزش بیمار را کسب نموده این اطلاعات نشان‌دهنده مشکل سلامتی بیمار می‌باشد و بوسیله مداخلات پرستاری مستقل قابل حل است، بایستی یک تشخیص پرستاری نوشته شود.

بیشتر تشخیص‌های پرستاری با جمله‌ای بیش از دو قسمت بیان می‌شود یک قسمت مربوط به لیست مشکل بیمار و بخش دیگر مربوط به عوامل ایجاد کننده مشکل و بخش سوم توصیف کننده خصوصیات مشکل (جدول ۳ـ۱۳).

در هنگام شروع نگارش تشخیص‌های پرستاری مشاوره و مقایسه تشخیص‌ها با لیست مشکلات پذیرفته شده توسط «NANDA» جهت امتحان و بررسی احتمالاً مفید می‌باشد (کادر ۲ـ۱۳). لیستی که با واژه مشکلات سلامتی توسط «NANDA» پیشنهاد شده است مشخص کننده مشکلات و درمانهایی است که توسط پرستاران انجام می‌شود.

هر تشخیص در تشخیص‌های پرستاری تعریف و طبقه‌بندی خاصی در سال ۲۰۰۴ـ۲۰۰۳ دارد و شامل اجزاء اساسی تشخیص‌های پرستاری مطرح شده در زیر می‌باشد:

تعریف خصوصیات اختصاصی و عوامل وابسته یا عوامل خطرزا (کادر ۳ـ۱۳) مثالی را که در جدول همراه موجود است نگاه کنید. این چهارچوب اخیراً به سادگی سبب توسعه همزمان اطلاعات پایه الکترونیکی برای تشخیص‌های پرستاری شده است. استفاده از واژه‌های مناسب و معمول در هنگام طبقه‌بندی تشخیص‌های پرستاری توسط پرستاران دارای مزایای خاصی می‌باشد. یکی از بارزترین مزایای آن مزیت ارتباط می‌باشد (هر شخصی از لغات مشابه برای توصیف مشکلات شایع استفاده می‌نماید) و مزیت عمده آن ارتقاء علم پرستاری بوسیله توسعه پژوهش و دستیابی به یافته‌های جدید می‌باشد. ۵ کد دیژیتال برای توسعه و تکامل طبقه‌بندی ساختاری تشخیصها بدون تغییر در کد هنگامی که تشخیصی جدید، تعریفی جدید و تشخیصی تعدیل شده اضافه می‌شود، در نظر گرفته شده است.

کد ساختاری در واقع شکایت با توصیه‌هایی از انجمن ملی طب و وابسته به کدهای ترمینالوژی سیستمهای بهداشتی است.

کتاب کوچک (دستی) جیبی تشخیص‌های پرستاری تأیید شده توسط NANDA که در دسترس می‌باشد به دانشجویان پرستاری برای بیان مشکلات بیماران کمک می‌نماید. پرستارانی که با مشکلات متفاوت سلامتی مواجه هستند می‌توانند با استفاده از مرور تشخیص‌های پرستاری NANDA اعمال خویش را وسعت دهند.

جدول ۳ـ۱۳. تنظیم جملات تشخیص‌های پرستاری

	تعریف	هدف	مثال
مشکل	تعیین عواملی که سبب اختلال در سلامتی بیمار گشته و نیاز به تغییر را نشان می‌دهد (جملات بایستی بطور واضح و مختصر مشکلات سلامتی بیماران را بیان نماید).	پیشنهاد اهداف بیمار (انتظار برای تغییر)	نارسایی در رعایت بهداشت فردی و حمام مراقبت از خود در ارتباط با ↓
اتیولوژی	تعیین عواملی که شرایط ناخوشی را حفظ می‌نمایند (عوامل مسبب یا کمک کننده)	پیشنهاد برای مقیاسهای پرستاری	ترس از افتادن در وان و چاقی ↓ همان طور که مطرح شد ↓
تعریف صفات اختصاصی	تعیین اطلاعات ذهنی و عینی که وجود مشکل را در بیمار نشان می‌دهد (کلیدهای راهنمایی که وجود مشکل را منعکس می‌نمایند).	پیشنهاد معیارهای ارزشیابی	بدن بزرگ و بوی ادرار و موهای کثیف «من از این می‌ترسم که در وان حمام بیافتم و نقطه‌ای از بدنم بشکند»

مثالها:

دو قسمت جمله تشخیص: اختلال در بهداشت و حمام در ارتباط با ترس از افتادن در وان و چاقی.

سه قسمت جمله تشخیص: اختلال در بهداشت و حمام در ارتباط با ترس از افتادن در حمام و چاقی ناشی از بدن بزرگ و بوی ادرار، موی کثیف.

تشخیص‌های پرستاری حقیقی[1]

تشخیص‌های پرستاری حقیقی مشکلی را که توسط خصیصه‌های مهم تعریف و تایید شده را ارایه می‌نماید. این نوع از تشخیص‌های پرستاری دارای چهار جزء است: برچسب تعریف خصیصه‌ها و عوامل وابسته (به کادر ۳ـ۱۳ نگاه کنید).

تشخیص‌های پرستار خطرزا (بالقوه)

تشخیص‌های پرستاری خطرزا قضاوتهای بالینی هستند که افراد، اقوام یا جامعه در زمان توسعه آن مشکل نسبت به موقعیت‌های مشابه دیگر آسیب‌پذیرتر هستند.

تشخیص‌های پرستاری احتمالی

تشخیص‌های پرستاری احتمالی مشکلاتی را توصیف می‌نمایند که مشکوک بوده و نیاز به کسب اطلاعات اضافی دارد. اطلاعات اضافی جهت تأیید یا ردمشکل مشکوک مورد استفاده قرار می‌گیرد.

یک تشخیص پرستاری حقیقی برای بیماری که دچار اسهال، استفراغ و تعریق زیاد برای ۳ روز است. اختلال حجم مایعات در ارتباط با از دست دادن غیر عادی مالیات می‌باشد. چنانچه اسهال مقاوم و ضعف بیمار در زمینه رعایت بهداشت ناحیه پرینه وجود داشته باشد ممکن است او در معرض خطر از هم گسیختگی پوست قرار گیرد. این مشکل به عنوان یک تشخیص بالقوه نوشته می‌شود «خطر اختلال در پیوستگی پوست».

چنانچه پرستار به اختلال در برداشت از خود در بیمار مشکوک شود اما به اطلاعات مورد نیاز که تأیید کننده این مشکل است دسترسی نداشته باشد می‌توان آن را به عنوان یک تشخیص احتمالی نوشت: احتمال اعتماد به نفس پایین مزمن. این موضوع پرستاران دیگر را نسبت به گردآوری اطلاعات بیشتر در ارتباط با اعتماد به نفس بیمار آگاه می‌نماید.

تشخیص‌های سلامتی مطلوب

تشخیص‌های سلامتی مطلوب یک قضاوت بالینی دربارهٔ یک فرد، گروه یا جامعه در انتقال از یک سطح خاص خوب بودن به سطح بالاتری از خوب بودن است. دو نشانه راهنما جهت تشخیص خوب بودن معتبر بایستی وجود داشته باشد:

- یک طرح برای سطح بالاتری از خوب بودن
- یک موقعیت یا عملکرد مؤثر

1- Actual Nursing Diagnosis

کادر ۲ـ۱۳. تشخیصهای پرستاری مصوب انجمن تشخیص‌های پرستاری آمریکای شمالی «NANDA»

این لیست مصوب تشخیص‌های پرستاری نانا برای استفاده در موقعیت‌های بالینی است.

حیطه ۱: ارتقاء سطح سلامتی

توصیف: آگاهی از خوب بودن یا عملکرد طبیعی و راهکارهای مورد استفاده در حفظ کنترل و افزایش سلامتی یا عملکرد طبیعی.

تشخیص‌های مصوب:

- اداره مؤثر رژیم درمانی
- اداره غیر مؤثر رژیم درمانی
- اداره غیر مؤثر رژیم درمانی خانوادگی
- اداره غیر مؤثر رژیم درمانی جامعه
- جستجوی رفتارهای سلامتی (اختصاصی)
- نگهداری غیر مؤثر سلامتی
- اختلال نگهداری منزل
- آمادگی برای افزایش اداره رژیم درمانی
- آمادگی برای ارتقاء تغذیه

حیطه ۲ تغذیه:

توصیف: فعالیت تغذیه، جذب و استفاده از مواد مغذی جهت حفظ و ترمیم بافتها و تولید انرژی

تشخیص‌های مصوب:

- الگوی غیر مؤثر تغذیه نوزاد
- اختلال در بلع
- عدم تعادل در تغذیه: کمتر از نیازهای بدن
- عدم تعادل تغذیه: بیشتر از نیازهای بدن
- احتمال خطر اختلال در تغذیه: بیشتر از نیازهای بدن
- نارسایی حجم مایعات
- احتمال خطر عدم تعادل حجم مایعات
- آمادگی برای افزایش تعادل مایعات

حیطه ۳: دفع

توصیف: ترشح و دفع مواد زائد تولید شده از بدن

تشخیص‌های مصوب:

- اختلال در دفع ادرار
- احتباس ادراری
- بی‌اختیاری ادراری کامل
- بی‌اختیاری ادراری عملکردی
- بی‌اختیاری ادراری در نتیجه تنش (افزایش فشار مثانه)
- بی‌اختیاری ادراری اضطراری
- بی‌اختیاری ادراری انعکاسی
- خطر ایجاد بی‌اختیاری ادراری اضطراری
- آمادگی برای ارتقاء دفع ادراری
- بی‌اختیاری مدفوعی
- اسهال
- یبوست
- خطر ایجاد یبوست
- یبوست ادراکی
- اختلال در دفع گاز

حیطه ۴: خواب و فعالیت

توصیف: تولید، نگهداری، استفاده یا تعادل منابع انرژی

تشخیص‌های مصوب:

- اختلال در الگوی خواب
- محرومیت از خواب
- آمادگی برای افزایش خواب
- احتمال خطر بروز سندرم عدم استفاده
- اختلال در حرکات فیزیکی
- اختلال حرکت در بستر
- اختلال حرکت در صندلی چرخدار
- اختلال توانایی جابجایی
- اختلال در قدم زدن
- نارسایی، انحراف از فعالیت
- نارسایی در پوشش، آراستگی و خودپایی
- نارسایی در حمام، بهداشت فردی، مراقبت از خود
- نارسایی در خودپایی تغذیه
- نارسایی خودپایی، دفع
- تأخیر بهبودی جراحی
- اختلال در حوزه انرژی
- خستگی
- کاهش برون‌ده قلبی
- اختلال در تهویه خودبخودی
- الگوی غیر مؤثر تنفسی
- عدم تحمل فعالیت
- خطر ایجاد عدم تحمل فعالیت
- اختلال در عملکرد تهویه
- برفیوژن غیر مؤثر بافتی (نوع خاص، کلیوی، مغزی، قلبی ریوی، معدی روده‌ای، محیطی)

حیطه ۵: ادراکی، شناختی

توصیف: سیستم فرآیند اطلاعات بشری، شامل توجه، آگاهی، حس کردن، ادراک، شناخت و ارتباط.

تشخیص‌های مصوب:

- غفلت یکسویه
- سندرم اختلال تفسیر و تعبیر محیطی
- سردرگمی
- اختلال ادراک حسی (بخصوص: بینایی، شنوایی، حسی، چشایی، لامسه، بویایی)
- نارسایی دانش (اختصاصی)
- آمادگی برای افزایش دانش
- گیجی حاد
- گیجی مزمن
- اختلال در حافظه
- اختلال در فرآیند تفکر
- اختلال در برقراری ارتباط کلامی
- آمادگی برای افزایش ارتباط

کادر ۲-۱۳. (ادامه)

حیطه ۶: درک از خود
توصیف: آگاهی نسبت به خود
تشخیص‌های مصوب:
- اختلال در هویت شخصی
- عدم قدرت
- خطر بروز اختلال در قدرت
- ناامیدی
- خطر بروز تنهایی
- آمادگی برای افزایش پنداشت از خود
- اعتماد به نفس مزمن پایین
- اعتماد به نفس پایین موقعیتی
- خطر ایجاد اعتماد به نفس پایین موقعیتی
- اختلال در تصویر ذهنی

حیطه ۷: نقشهای ارتباطی دوستانه
توصیف: ارتباطهای مثبت و منفی بین اشخاص یا گروههایی از اشخاص و مفهوم نشان داده شده توسط این ارتباط
تشخیص‌های مصوب:
- نقشهای تصنعی مراقبت دهندگان
- خطر ایجاد نقشهای تصنعی مراقبت دهندگان
- اختلال در نقش والدین
- خطر ایجاد اختلال در نقش والدین
- آمادگی جهت ارتقاء نقش والد بودن
- فرآیند اختلال در عملکرد خانوادگی: الکلیسم
- خطر بروز اختلال در والدین، نوزاد و احساس تعلق به بچه
- تغذیه مؤثر شیشه‌ای
- قطع شیر شیشه‌ای
- ایفاء نقش غیر موثر
- تضاد نقش والدین
- اختلال در تعاملات اجتماعی

حیطه ۸: جنسی
توصیف: تقویت جنسی، عملکرد جنسی و تولید مثل
تشخیصهای مصوب:
- اختلال در عملکرد جنسی
- الگوی غیر مؤثر جنسی

حیطه ۹: تحمل تطابق با تنش
توصیف: معتقد بودن به وقایع زندگی، فرآیند زندگی
تشخیصهای مصوب:
- سندرم استرس مجدد
- خطر ایجاد سندرم استرس مجدد
- سندرم ترومای تجاوز
- سندرم ترومای تجاوز: واکنش خاموش
- سندرم ترومای تجاوز: واکنش ترکیبی
- سندرم پس از ضربه
خطر ایجاد سندرم پس از ضربه
- ترس
- اضطراب
- اضطراب مرگ
- سوگواری مزمن
- انکار غیر مؤثر
- غم پیش‌بینی شده
- اختلال عملکرد در مقابل اندوه
- اختلال در تطابق
- تطابق غیر موثر
- عدم توانایی تطابق خانوادگی
- تطابق خانوادگی
تطابق دفاعی
- تطابق غیر مؤثر جامعه
- آمادگی برای افزایش تطابق
- آمادگی برای افزایش تطابق خانوادگی
- آمادگی برای افزایش تطابق جامعه
- خطر ایجاد اختلال بازتابی اتونوم
- عدم سازماندهی رفتار نوزاد
- خطر ایجاد اختلال در سازماندهی رفتار نوزاد
- کاهش ظرفیت تطابق مغزی

حیطه ۱۰: اساس زندگی
توصیف: اصول هدایت، تفکر و رفتارهایی دربارهٔ اعمال، آداب و رسوم یا درست بودن یا داشت ارزش درونی
تشخیص‌های مصوب: آمادگی برای افزایش خوب بودن معنوی
- دیسترس معنوی
- خطر بروز دیسترس معنوی
- کشمکش در تصمیم‌گیری
- عدم پذیرش

حیطه ۱۱: امنیت، حفاظت
توصیف: رهایی از خطر، صدمه فیزیکی یا آسیب ایمنی، دور بودن از فقدان و محافظت ایمنی و امنیت
تشخیصهای مصوب:
- خطر ایجاد عفونت
- اختلال در غشاء مخاط دهان
- خطر ایجاد صدمه
- خطر ایجاد صدمه ناشی از وضعیت قبل از عمل جراحی
- خطر افتادن
- خطر ضربه
- اختلال در پیوستگی پوست
- خطر ایجاد اختلال پیوستگی پوست
- اختلال در پیوستگی نسجی
- اختلال دندانی
- خطر بروز خفگی
- خطر بروز آسپیراسیون
- تصفیه غیر مؤثر راه هوایی
- خطر ایجاد اختلال عصبی عروقی محیطی
- حفاظت غیر مؤثر
- خطر ایجاد سندرم مرگ ناگهانی نوزادان
- خطر ایجاد نقص در خود
- ایجاد نقص در خود

کادر ۲ـ۱۳. (ادامه)

ـ خطر رفتاری جابرانه با دیگران
ـ خطر رفتار جابرانه با خود
ـ خطر خودکشی
ـ خطر ایجاد مسمومیت
ـ واکنش آلرژی به لاتکس
ـ خطر ایجاد واکنش آلرژی نسبت به لاتکس
ـ خطر ایجاد اختلال در دمای بدن
ـ تنظیم دمای غیر مؤثر
ـ کاهش دما
ـ افزایش دما
حیطه ۱۲: آسایش
توصیف: احساس خوب بودن و آسایش اجتماعی، فیزیکی و روحی روانی
تشخیصهای مصوب:
ـ درد حاد
ـ درد مزمن
ـ حالت تهوع
ـ جدا شدن از اجتماع
حیطه ۱۳: رشد و تکامل
توصیف: سن مناسب، افزایش در ابعاد فیزیکی، اندامهای سیستمها و یا تکامل در کمال و فضیلت
تشخیصهای مصوب:
ـ خطر ایجاد عدم تناسب رشد
ـ نارسایی در بلوغ
ـ تأخیر در رشد و تکامل
ـ خطر بروز تأخیر در تکامل

یک معیار ضروری تشخیص‌های پرستاری تمرکز خاص بر روی مشکلات سلامتی بیمار بوده که مجموعه خدمات پرستاری را محدود می‌نماید و می‌تواند عملی بودن خدمات را با مشکل مواجه نماید. چاره این نگرانی پیشنهاد در پذیرفتن تشخیص‌های خوب بودن جدید در بیمار است. برای یک فرد یا گروه داشتن تشخیص سلامتی مطلوب دو نشانه راهنما دارد: (۱) یک طرح برای افزایش خوب بودن (سلامتی مطلوب) و (۲) وجود عملکرد یا حالتی مؤثر (کارپنتر ۲۰۰۴، ص ۱۲).

جملات تشخیصی برای تشخیص خوب بودن یک قسمت از جمله‌ای است که تعیین کننده خصیصه‌هایی جهت افزایش سلامتی از طریق طرح‌های ارتقاءدهنده سطح سلامتی مطلوب می‌باشند. عوامل وابسته شامل آن نمی‌باشند. مثالها عبارتند از: آمادگی برای افزایش تطابق افراد خانواده، آمادگی برای ارتقاء توانایی حفظ سلامتی، آمادگی برای افزایش توانایی نقش والدین و آمادگی برای افزایش اعتماد به نفس.

کادر ۳ـ۱۳. تشخیص پرستاری انجمن پرستاری شمال آمریکا

عنوان: اختلال در تغذیه: بیشتر از نیازهای بدن (۱۹۷۵)
تعریف: جذب عوامل مغذی بیشتر از نیازهای متابولیک
تعریف خصوصیات:
- چین بزرگ سه سر بازو بیشتر از ۲۵ میلی‌متر در خانمها و بیشتر از ۱۵ میلی‌متر در مردان.
- افزایش بیشتر از ۲۰٪ وزن ایده‌آل نسبت به قد و اسکلت و چهارچوب بدن
- خوردن در پاسخ به عوامل محرک خارجی مانند زمانی از روز، موقعیت اجتماعی
- خوردن در پاسخ به عوامل محرک داخلی علت دیگری غیر از گرسنگی (مانند اضطراب)
- گزارش یا مشاهدهٔ الگوی تغذیه‌ای غیر عادی (مصرف پیوسته مواد غذایی توأم با فعالیتهای دیگر)
- سطح فعالیتهای نشاسته
- مصرف و جذب مواد غذایی غنی در انتهای روز

عوامل وابسته:
- جذب اضافی در ارتباط با نیازهای متابولیک

انجمن تشخیص‌های پرستاری شمال آمریکا (۲۰۰۳)

قسمت‌های تشخیص‌های پرستاری

مشکل

هدف از بیان مشکل توصیف سلامتی یا مشکل سلامتی بیمار بطور وضوح و تا حد ممکن خلاصه شده می‌باشد. بدلیل این قسمت از تشخیص‌های پرستاری تعیین کنندهٔ مشکلات سلامتی بیمار و نوع تغییری که بیمار دوست دارد در وضعیت سلامتی وی ایجاد گردد می‌باشد. این بخش پیشنهاد کننده اهداف بیمار یا برآیند مورد انتظار است. انجمن تشخیص‌های پرستاری آمریکایی شمالی NANDA توصیه می‌نماید در هنگام نوشتن جملات بیان کننده مشکلات بیمار از فاکتورهای تعیین کننده زیر استفاده نمایید: توانایی، پیش‌بینی، تعادل، به مخاطره انداختن، کاهش، نارسایی، تدافعی، تأخیر، کاهش یافته، بی‌تناسب، عدم توانایی، عدم سازماندهی، اختلال، اختلال در عملکرد، مؤثر، افراط‌آمیز، عملکردی، عدم تعادل، عدم توانایی، افزایش، غیر مؤثر، گسیختن، مانع شدن، پایین، سازماندهی، ادراک شده و آماده برای افزایش.

سبب‌شناسی

اتیولوژی تعیین کننده عوامل فیزیولوژیک، سایکولوژیک،

اجتماعی، معنوی و محیطی بوده و اعتقاد بر این است که این عوامل علت اصلی یا کمک کننده در ایجاد مشکل می‌باشند. به دلیل این که اتیولوژی عوامل ایجاد کننده ناخوشی را در بیمار تعیین نموده و از تغییرات مشخص پیشگیری می‌نماید. مستقیماً در مداخلات پرستاری تأثیر دارد. بجز اتیولوژی که تعیین‌کننده‌ای صحیح می‌باشد ممکن است اعمال پرستاری نارسا و غیرموثر نیز در ایجاد مشکل نقش داشته باشد؟ برای مثال یک بیمار دیابتی که بارها به دلیل قند خون بالا در بیمارستان پذیرش شده است و تاریخچه ضعف در رعایت رژیم غذایی و مصرف داروها در وی وجود دارد تشخیص عدم رعایت مطرح است.

فرض بر این که عدم رعایت در ارتباط با نارسایی در دانش فرد بوده و سپس خط مشی فعالیتهای پرستاری تعیین گشته و انرژی زیادی برای آموزش به بیمار در ارتباط با چگونگی کنترل دیابت صرف شود در صورتی که عدم رعایت بیمار حقیقتاً نتیجه‌ای از کاهش میل او به زندگی باشد این فعالیتها بی‌فایده بوده و نیاز به گروهی دیگر از فعالیتهای پرستاری وجود دارد.

«آیا آنتونی زکارلی خانم میانسالی را که اخیراً دچار سرطان شده است ولی بیماری را در خودش پیگیری نمی‌نماید را بخاطر می‌آوریدا یک تشخیص پرستاری مناسب که ممکن است برای وی مطرح باشد: «عدم پذیرش بیماری در ارتباط با تکرار نارسایی پیگیری تستهای تشخیصی و درمان بیماری»

تعریف خصیصه‌های تشخیص

اطلاعات ذهنی و عینی که وجود مشکلات حاد بالقوه سلامتی را نشان می‌دهد سومین جزء تشخیص‌های پرستاری می‌باشد. انجمن تشخیص‌های پرستاری آمریکای NANDA تعاریف اختصاصی را برای پذیرش هر تشخیص پرستاری تعیین نمود و آشنایی با این صفات اختصاصی را از عوامل بسیار مؤثر و یاری دهنده به پرستاران در تشخیص دسته‌ای از اطلاعات با ارزش قلمداد می‌نماید. فهرست ۳-۱۳ سه جزء از جملات تشخیص‌های پرستاری را تعریف نموده و نشان می‌دهد که چطور آنها بر روی اهداف بیمار، معیارهای پرستاری و ارزشیابی تأثیرگذار می‌باشد. مثالهای دیگر جملات تشخیص‌های پرستاری در سراسر کتاب دیده می‌شود.

راهبردهای لازم جهت نگارش تشخیص‌های پرستاری

۱ـ کلمه‌بندی تشخیص‌های پرستاری به نحوی که بیان‌کننده مشکلات بیمار یا تغییر در وضعیت سلامت بیمار باشد تا نیازهای وی
۲ـ کنترل نمایید و مطمئن شوید که مشکل بیمار مقدم بر اتیولوژی مطرح شده و به دنبال کلمه در ارتباط با آن آورده شده است.
۳ـ صفات اختصاصی را تعریف نموده و هنگامی که در تشخیص پرستاری به کار برده می‌شود به دنبال اتیولوژی و به طور پیوسته به دنبال کلمات «همان طوری که بیان شد» یا «همان طوری که تصدیق شده بوسیله» مطرح نمایید.
۴ـ با واژه‌های قانونی مصلحت‌آمیز نگارش را انجام دهید.
۵ـ از زبان قضاوت کننده استفاده نکنید.
۶ـ اطمینان حاصل نمایید که جمله بیان کننده مشکل نشاندهنده آن چیزی است که سبب عدم سلامت بیمار گشته و یا تغییراتی را که بیمار انتظار دارد منعکس نماید.
۷ـ در استفاده از تعاریف اختصاصی، تشخیص‌های طبی یا چیزهایی را که نمی‌توان در بیان مشکلات استفاده کرد اجتناب نمایید.
۸ـ تشخیص‌ها را بازخوانی نموده و مطمئن گردید که مشکلات اهداف بیمار را پیشنهاد نموده و اتیولوژی مستقیماً معیارهای پرستاری را انتخاب می‌نمایند.

آنی کلارکسون دانشجوی سال دوم را که قربانی یک تجاوز شده بود بخاطر دارید؟ یک تشخیص پرستاری مناسب می‌تواند «سندرم ترومای تجاوز در ارتباط با احساس پریشانی و شرمندگی، بیمار یک ماه پس از حادثه واقعه را گزارش نموده و بیان می‌کند که قادر نیست زندگی عادی را شروع نماید و از آن مشکل رها شود»

در جدول ۴-۱۳ اشتباهات شایع در نگارش تشخیص‌های پرستاری و پیشنهادات لازم جهت تصحیح آنها نشان داده شده است.

چه تشخیص‌هایی تشخیص پرستاری نمی‌باشد

تشخیص‌های پرستاری توسط واژه‌هایی که مشکل بیمار، تغییر در وضعیت سلامت و یا توانایی وی را برای مهیا نمودن درمانهای مقدماتی پرستار بیان می‌نمایند نوشته می‌شود.

در جدول ۵-۱۳ از یک بیمار با تشخیص بیماری دیابت ملیتوس استفاده شده و نشان داده شده چه تشخیص‌های پرستاری نیستند. برای مثال تشخیص‌های پرستاری تشخیص پزشکی یا جملات بیان کننده نیاز بیمار نمی‌باشد.

جدول ۴-۱۳. اشتباهات شایع در نگارش تشخیص‌های پرستاری و توصیه‌های لازم جهت تصحیح این اشتباهات

اشتباه	مثال	تصحیح	مثال
نوشتن تشخیص‌ها با استفاده از واژهٔ نیازها نه پاسخ متقابل	نیاز به کمک کردن در حمام در ارتباط با استراحت در تختخواب	تشخیص‌ها را با واژهٔ پاسخ متقابل بنویسید تا با نیاز	اختلال در مراقبت از خود، حمام در ارتباط با بی‌حرکتی
استفاده از جملات نامناسب	عدم پذیرش بواسطه خصومت با پرسنل پرستاری (کلمات «بواسطه» و «در نتیجه» در تعیین سبب و تأثیر مستقیم کاربرد دارد. سوء استفاده در ارتباط با بی‌تجربگی و خلق و خوی جابرانه	استفاده از واژهٔ «در ارتباط با» نسبت به واژهٔ «به واسطه» یا «به سبب» در جملات بیان کننده علت مشکل ترجیح داده می‌شود. تشخیص را با واژه‌های مناسب بنویسید: جملاتی که ممکن است به عنوان توهین تلقی شده و یا غفلت پرستاری را در مراقبت از بیمار نشان دهد برای تمام پرستاران مخاطره‌آمیز می‌باشد.	عدم پذیرش در ارتباط با خصومت با پرسنل پرستاری (بر ارتباط بین مشکل و علت آن دلالت می‌نماید، بیان علت ارتباط ضروری نمی‌باشد) احتمال زیاد خطر تندی و بی‌حرمتی در معرض سوءاستفاده قرار گرفتن در ارتباط با گزارش عدم توانایی کنترل رفتار
	آسیب پیوستگی پوست در ارتباط با خوابیدن به پشت در مددجو در تمام مدت شب		آسیب پیوستگی پوست در ارتباط با اختلال در حرکت
تعیین واکنش متقابل بیمار به عنوان مشکلی که ضرورتاً نشان‌دهنده عدم سلامتی نمی‌باشد.	اضطراب مختصر در ارتباط با نزدیک بودن عمل جراحی	در جملات بیان کننده مشکل بیمار و تشخیص‌های پرستاری فقط بایستی واکنشهایی متقابل بیمار و یا تغییرات مورد درخواست وی راکه نشان‌دهنده عدم سلامتی وی می‌باشد گنجانده می‌شود.	نیازی برای تشخیص‌های پرستاری نمی‌باشد. اضطراب مختصر قبل از عمل جراحی یک واکنش مناسب جهت تحریک رفتارهای مراقبت از خود قبل از عمل جراحی می‌باشد.
تعیین علایم و نشانه‌های پوشیده به عنوان یک مشکل	سرفه در ارتباط با تاریخچه طولانی سیگار کشیدن‌ها	اجتناب از کاربرد علایم و نشانه‌های پوشیده بیماری در جملات بیان کننده مشکل به عنوان تشخیص‌های پرستاری	عدم تصفیه مؤثر راه هوایی در ارتباط با تاریخچه ۲۰ ساله سیگار کشیدن
تعیین یک مشکل بیمار یا عاملی که نمی‌تواند تغییر یابد.	تغییر در الگوی دفع مدفوع: کلستومی دائمی در ارتباط با سرطان کولون	بیان جملات شرح دهنده مشکل و عوامل مسبب توسط واژه‌هایی که قابل تغییر می‌باشد بعبارت دیگر انرژی پرستاری مستقیماً بر روی وظایف ناامید کننده متمرکز می‌باشد.	نارسایی در خودپایی: مراقبت از کلستومی در ارتباط با اضطراب شدید ناشی از سرطان و احساس ضعف و عدم توانایی در انجام کارها.
	غم و اندوه در ارتباط با مرگ همسر		غم غیر واقعی در ارتباط با عدم توانایی در پذیرش مرگ همسر
تعیین عوامل محیطی بجای عوامل بیمار به عنوان یک مشکل	بی نظمی و شلوغی منزل در ارتباط با عدم توانایی از بین بردن (دور انداختن) اشیاء غیر مفید	بیان مشکلات بیمار توسط واژهٔ عدم سلامتی بیمار در پاسخ متقابل نسبت به بیماری به جای بیان شرایط محیطی	خطر بروز صدمات در ارتباط با شلوغی (بی‌نظمی) منزل (عدم توانایی در معدوم کردن اشیاء غیر مفید).
برعکس نشان دادن قضیه	نارسایی در دانش در ارتباط با تغییر در نقش والدین	اجتناب از نقض کردن جملات بیان کننده مشکل یا عوامل مسبب	تغییر در نقش والدین در ارتباط با نارسایی دانش: توجه به رشد و تکامل دیسیپلین لازم برای بچه‌داری.
بیان قضیه‌ای که یک چیز مشابه را مطرح می‌نماید.	تغییر در آسایش در ارتباط با درد (درد همان تغییر در آسایش است چه چیزی درد را ایجاد نموده است؟)	مطمئن باشید که دو قسمت تشخیص یک مفهوم مشابه را بیان نمی‌کند.	عدم تسکین درد ناشی از برش جراحی در ارتباط با ترس از اعتیاد.
ارزش دادن به قضاوت در تشخیص‌های پرستاری	اداره نگهداری ضعیف منزل در ارتباط با تنبلی	تشخیص را بدون بها دادن به قضاوت بنویسید از کاربرد کلماتی مانند ضعیف، ناکافی، غیر طبیعی و غیر بهداشتی اجتناب نمایید.	اختلال در اداره و نگهداری منزل در ارتباط با عدم آگاهی کافی از ارزش تمیز و امن بودن منزل
کاربرد تشخیص‌های پزشکی در جملات بیان کننده تشخیص‌های پرستاری	اختلال در اداره و نگهداری منزل در ارتباط با آرتریت	از تشخیص‌های پزشکی در جملات بیان کننده تشخیص‌های پرستاری استفاده نکنید.	اختلال در نگهداری و اداره منزل در ارتباط با تغییر در حرکت، تحمل و آسایش.

جدول ۵-۱۳. چه تشخیص‌هایی، تشخیص‌های پرستاری نمی‌باشد و چرا؟

چه تشخیص‌هایی پرستاری نمی‌باشند	مثال	نتایج
تشخیص‌های پزشکی	دیابت شیرین	اگرچه بین مراقبت پرستاری و بیماریهای طبی ارتباط نزدیکی وجود دارد، به هیچ عنوان ناخوشی عاملی برای مداخلات پرستاری نمی‌باشد. نگرانی پرستاری در مورد شخص بیمار و تأثیر ناخوشی بر روی عملکرد انسانی وی می‌باشد.
آسیب‌شناسی پزشکی	هیپوگلیسمی (کاهش قند خون)	پرستار نیاز دارد آسیب‌شناسی علت بیماری را درک نماید تا برنامه مراقبتی پرستاری مناسب را طراحی نماید اما باز هم همان طوری که اشاره شد تمرکز پرستاری بر روی شخص است نه بر روی آسیب‌شناسی. پاسخ متقابل شخص به کاهش قند خون، کاهش قند خون چطور بر روی عملکرد انسانی تأثیر می‌گذارد. اینها حیطه‌های تشخیص‌های پرستاری هستند.
تستهای تشخیصی، درمانها، تجهیزات	قند خون ناشتا، انسولین درمانی، سرنگ انسولین، پمپ انفوزیون	نگرانی و دلواپسی پرستاری پاسخ متقابل شخص به مطالعات تشخیصی و درمانی یا استفاده از تجهیزات می‌باشد. چنانچه جهت انسولین درمانی به اصلاح نقص دانش یا نقصان مراقبت از خود نیاز باشد این یک تشخیص پرستاری است نه خود انسولین درمانی.
نیازهای درمانی بیمار	نیاز به آموختن ارتباط بین مصرف رژیم غذایی، ورزش و انسولین	در تشخیص بیمار بایستی مشکل سلامتی بیمار نوشته شود تا نیاز وی. مثال: اختلال در حفظ سلامتی (مراقبت دیابتی) در ارتباط با فقدان دانش و آگاهی کافی از چگونگی ارتباط بین رژیم غذایی، فعالیت بدنی و انسولین
اهداف درمانهای پرستاری	توسعه رفتارهای خودیابی و درمانی - دیابتی	در تشخیص پرستاری بایستی نظرات و دیدگاههای بیمار را نوشت تا دیدگاههای پرستاری را در نگارش تشخیص بایستی مشکل سلامتی بیمار در جمله‌ای نوشته شود. مثال: نارسایی در مراقبت از خود و رفتارهای خودیابی دیابتی در ارتباط با کاهش ارزش زندگی و کاهش انگیزه برای آموختن.
یک نشانه یا علامت منفرد	بعد از تجویز انسولین توسط خود فرد طی ۳ روز بیمار به پرستار می‌گوید: «امروز تزریق را شما انجام دهید.»	یک تشخیص پرستاری تا زمانی که دسته‌ای از اطلاعات با ارزش مشخص نگردد توسعه نخواهد یافت علایم و نشانه‌ها به تعیین مشکلات منجر می‌گردد اما نه به تعیین جمله بیان کننده مشکل. در چنین موقعیتی تشخیص پرستاری تا زمان گردآوری اطلاعات بیشتر، تفسیر و تجزیه و تحلیل رویدادها به کار نمی‌رود.
یک استنباط بی‌اعتبار پرستاری	رویدادهایی که منجربه استنباط پرستاری می‌گردند عدم پذیرش در ارتباط با افسردگی	این تشخیص، یک تشخیص پرستاری زودرس بوده که ممکن است با دقت مشکل بیمار را منعکس نکند. اطلاعات بیشتر و معتبر ساختن تشخیص‌های پرستاری آزمایشی (استنباط پرستاری) قبل از این که بتوان تشخیص‌ها را ثبت نمود ضروری می‌باشد.

معتبر ساختن تشخیص‌های پرستاری

بعد از امتحان تشخیص‌های پرستاری فهرست شده این تشخیص‌ها بایستی معتبر گردند. یک پاسخ متقابل مثبت به‌تحریک از سؤالات زیر تشخیص‌های آزمایشی را معتبر می‌سازد:

- آیا اطلاعات پایه کافی و دقیق بوده و توسط پژوهش پرستاری حمایت می‌شود؟
- آیا ترکیب اطلاعات (راهنماهای با ارزش) وجود یک الگو را نشان می‌دهد؟
- آیا اطلاعات عینی و ذهنی که من جهت تعیین وجود یک الگوی اختصاصی مشکل سلامتی استفاده می‌نمایم را تعریف کرده‌ام؟
- آیا تشخیص‌های پرستاری آزمایشی من بر اساس دانش پرستاری و تخصص‌های بالینی می‌باشد.
- آیا تشخیص‌های پرستاری آزمایشی من توسط اعمال مستقل پرستاری قابل پیشگیری، کاهش یا حل شدن می‌باشد؟
- آیا میزان اطمینان من نسبت به تشخیص‌های تنظیم شده مشابه توسط سایر پرسنل فارغ‌التحصیل بر اساس اطلاعات موجود بالای ۵۰٪ می‌باشد؟

بعلاوه بیمارانی که قادر به شرکت در تصمیم‌گیری می‌باشند بایستی جهت معتبرسازی تشخیص‌ها تشویق گردند. این طور به نظرم می‌رسد که حمام گرفتن شما در حال حاضر به دلیل ترس

من از سقوط احتمالی شما در وان حمام مشکلی است که با آن مواجه هستیم احساس شما در این مورد چیست؟

جدول ۲ـ۱۳ لیست اهداف مورد انتظار احتمالی از اعتبار تشخیص‌های پرستاری آزمایشی را مشخص نموده است.

ثبت تشخیص‌های پرستاری

پرستار تشخیص‌های پرستاری معتبر شده را در فرم مخصوص گزارش بیمار ثبت می‌نماید بر اساس سیستم ثبت گزارش مورد استفاده ممکن است تشخیص‌های پرستاری در فرم طرح مراقبت پرستاری و در لیست مشکلات فهرست شده در صفحه روی پرونده بیمار ثبت گردد. جدول ۳ـ۱۳ و ۴ـ۱۳ چگونگی ثبت تشخیص‌های پرستاری را هم با ۲ و هم با ۳ قسمت جمله تشخیصی شرح داده است.

تشخیص‌های پرستاری یک انتقاد

نوشته‌های جاری حاوی تشخیص‌های پرستاری شامل تعداد زیادی مثال از یادداشتهای پرستاران دربارهٔ چگونگی استفاده از تشخیص‌های پرستار می‌باشد که اعمال بالینی را بهبود داده است. همچنین مقالات زیادی جزئیات منافع فراوان تشخیص‌های پرستاری را برای پرستاران مشخص می‌نماید برعکس مقالات دیگر محدودیتهای تشخیص‌های پرستار و تأکید محتاطانه پرستاران در استفاده غیر اختصاصی از تشخیص‌های پرستاری و عدم محدودیت اعمال آنها را خاطر نشان می‌سازد.

اولین نفع تشخیص‌های پرستاری برای بیمار مراقبت فردی اختصاصی از بیمار می‌باشد. برای مثال ممکن است پرستاران به‌طور همزمان از ۳ نفر خانم که به علت سرطان پستان تحت عمل جراحی رادیکال ماستکتومی تعدیل شده قرار گرفته‌اند مراقبت نمایند. گرچه مراقبت‌های پرستاری بعد از عمل جراحی در این خانمها مشابه می‌باشد اما ممکن است اولویت در مراقبت مطرح باشد.

یک لیست از اولویت‌های لازم در تشخیص‌های پرستاری، پرستاران را قادر می‌سازد تا تمام انرژی خود را به طرف این اولویتها در بیمار معطوف نمایند:

بیمار «الف»

- اختلال در تصویر ذهنی از بدن
- تطابق غیر مؤثر فرد

بیمار «ب»

- درد
- اختلال در مراقبت از خود

بیمار «ج»

- احتمال خطر اختلال در عملکرد جنسی
- ضعیف شدن بیمار

همچنین استفاده از تشخیص‌های پرستاری به بیمار اجازه می‌دهد تا از وضعیت خود آگاه شده و به شرکت در طرحهای مراقبتی خود تمایل پیدا کرده بطوری که در معتبر ساختن تشخیص‌ها و اولویت‌بندی آنها کمک مؤثری نماید.

فرایند اولویت‌بندی تشخیص‌های پرستاری اولین پله طراحی مراقبتی بیمار بوده و در فصل ۱۴ به آن اشاره شده است.

بهبود ارتباط بین پرستاران و دیگر اعضاء حرفه‌ای تیم مراقبتی بهداشتی احتمالاً مهمترین سود بیان دقیق تشخیص‌ها و استفاده از واژه‌های استاندارد در ثبت تشخیص‌ها می‌باشد ضمن این که بیان تشخیص‌ها به طور وضوح و به روز می‌تواند بسیار مفید باشد.

این ارتباط به طراحی مراقبت، ثبت گزارشات، اصلاح اطلاعات بیمار، کنفرانسهای تیم بهداشتی، گزارش تغییر شیفت و پیگیری مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کمک می‌نماید. همچنین این نوع ارتباط سبب ارتقاء حس مسئولیت و توانایی پرستاران برای حل مشکل و تشخیص‌های پرستاری می‌گردد.

در بین سایر منافع تشخیص‌های پرستاری برای حرفهٔ پرستاری کمک در تعریف حیطه پرستاری برای مدیران تیم‌های بهداشتی مراقبتی، قانونگذاران و دیگر مهیاکنندگان خدمات بهداشتی مراقبتی بسیار حائز اهمیت است این امر نیز بسیار مهم است که در چه زمان و چگونه وجه و دستمزد خدمات پرستاری پرداخت گردد.

همچنین تشخیص‌های پرستاری جهت تعریف و تعیین محتوای دوره تحصیلی، تخصصی شدن حرفه پرستاری و پیشرفت حرفه پرستاری و پژوهشهای پرستاری مورد استفاده قرار می‌گیرد. هنگامی که از فرآیند تشخیص بدرستی استفاده نشود ممکن است مشکل بیمار تشخیص داده نشود.

منابع معمول اشتباه عبارتند از:

- تشخیص‌های نارس براساس اطلاعات ناقص

مثال: تشخیص استفاده از مکانیسم دفاعی جهت تطابق بعد از تهاجم کلامی بیمار علیه پرستاری که مراقبت از زخم را به وی یاد داده است.

- تشخیص‌های اشتباهی در نتیجه گردآوری اطلاعات مبهم و بی‌دقت یا تجزیه و تحلیل ناقص اطلاعات.

مثال: تشخیص غم غیر عادی برای بیماری گذاشته شد که پس از فهمیدن موضوع عود بیماری سرطان خود بشدت می‌گرید. قبل از این که شخصی دقت داشت باشد بیمار را بررسی نماید که آیا پاسخ متقابل وی نسبت به شنیدن یک

خبر بد مناسب بوده است (احتمال تشخیص اشتباه)

- تشخیص‌های روتین در نتیجه ناتوانی پرستار در تجزیه و تحلیل و ترکیب اطلاعات گردآوری شده و عدم توجه به نیازهای منحصر به فرد بیمار.

مثال: تشخیص عدم دانش کافی در بیمار دیابتی که بارها به دلیل عوارض دیابت در بیمارستان بستری شده است در حالی که واقعاً او از دانش عالی در ارتباط با مفاهیم دیابت و مراقبت از خود برخوردار است اما علت بستری شدن مکرر وی فقدان انگیزه لازم برای مراقبت مناسب از خود در بیمار می‌باشد (بنابراین تشخیص مناسب نمی‌باشد).

- اشتباه ناشی از غفلت

نارسایی در تعدیل تشخیص و تعیین تشخیص‌های جدید به عنوان تغییر در وضعیت بیمار ممکن است همچنین سبب ایجاد مشکلات گردد. نارسایی در تشخیص به نارسایی در مراقبت پرستاری منجر می‌گردد.

آیا مارتین پرسکات مرد میانسال ۴۶ ساله‌ای را که دچار یبوست و خونریزی از مقعد بود بخاطر می‌آورید؟ اگرچه تشخیص اولیه پرستاری در وی ممکن است نقص دانش در ارتباط با عوامل احتمالی بروز خونریزی باشد. ارزیابی بیشتر ممکن است یبوست در ارتباط با رژیم غذایی کم فیبر و یا با مایعات کم را آشکار و خونریزی بدنبال این عامل باشد. بنابراین پرستار نیاز دارد تشخیص پرستاری را تعدیل نمود و بررسی یبوست در ارتباط با رژیم غذایی با فیبر کم و مایعات محدود و در نتیجه ایجاد دفع سخت و دردناک و خونریزی مقعدی و عدم آگاهی در رابطه با تأثیر فیبر و مایعات تمرکز نماید.

اینها تمام محدودیتهای موجود در تشخیص‌های پرستاری نمی‌باشد که می‌تواند سبب ایجاد مشکلات و نگرش غلط تشخیص‌ها گردد. بیشترین انتقاد جدی از تشخیص‌های پرستاری سبب ایجاد محدودیت در اعمال پرستاری می‌گردد مطرح می‌شود این پرستاران مدعی هستند که این مسئله هم چنین سبب محدودیت در قدرت ابتکار و توانایی تفکر صحیح در امور جاری می‌گردد.

انتقاد از تعیین تشخیص‌های پرستاری خاطرنشان می‌سازد که به جای تعیین این که چه چیزی در ارتباط با پرستاری موثر و منحصر به فرد می‌باشد، از جمله‌های تعیین کننده تشخیص‌های پرستاری استفاده می‌شود که پرستاران دربارهٔ آن نگران هستند چه چیز انحراف، اشتباه یا عامل آسیب زننده تلقی می‌گردد.

توجه به تغییرات همیشگی و پویا در انسان از اهداف مراقبت پرستاری می‌باشد. اعمال تعداد زیادی از پرستاران با تجربه که تشخیص‌های پرستاری را در هماهنگی تلاشهای مراقبتی تمامی افراد مراقبت‌کننده از بیماران منحصر به فرد با نیازهای اختصاصی سودمند می‌دانند. در برطرف کردن نیازهای این بیماران و نگرانیهای آنها مؤثر می‌باشد. پرستارانی که به پیامدهای فرهنگی حساس هستند نگرانیهای زیادی درباره محدودیتهای فرهنگی ناشی از تشخیص‌های انجمن پرستاری شمال آمریکا دارند. NANDA بیشتر از همه نگران تشخیص‌های پرستاری و رفتارهایی است که به اشتباه به بیمار نسبت داده می‌شود و ارایه دهندگان خدمات آن را صحیح دانسته و اعتبار فرهنگی و اعتقادات تیم مراقبتی بهداشتی را در انجام اعمال متوسط توسط پرستاران انکار می‌نمایند (جیسلر، ۱۹۹۱).

مثالهایی از تشخیص‌های پرستاری که غالباً اشتباه به کار برده می‌شود نامگذاری انحرافات فرهنگی به عنوان موارد غیر عادی شامل اختلال در ارتباط کلامی، اختلال در تعاملات اجتماعی و عدم پذیرش می‌باشد.

پرستارانی که نسبت به عوامل فرهنگی در مراقبت‌های پرستاری حساس هستند (به فصل ۳ نگاه کنید) و به طور مشترک با بیمار به عنوان یک همکار، کار می‌کنند از چنین مسائلی اجتناب می‌نمایند. در نتیجه تشخیص‌های پرستاری یک پله ضروری و با ارزش در فرآیند پرستاری است. استفاده صحیح از تشخیص‌های پرستاری ابزاری قدرتمند برای مراقبت اختصاصی و فردی از بیمار بوده و مطمئناً انرژی پرستار در راهی کارآمد جهت برآورد مناسب نیازهای بیمار صرف خواهد شد. پرستارانی که دربارهٔ هنر و معنویت پرستاری نگران هستند و علاقمند به حرفه علمی پرستاری از بر چسب زدن به بیمار یا ایجاد محدودیت بالقوه در تعاملات بیمار و پرستار اجتناب می‌نمایند.

■ مهارتهای تفکر انتقادی را توسعه دهید

۱ـ یک بیمار را با شرایط طبی ثابت و خوب پیدا کنید. تشخیص‌های پرستاری و پزشکی بالقوه و مشکلات مشترک را لیست نمایید. اختلاف اهداف تشخیص‌های پزشکی و پرستاری و مشکلات مشترک را شرح دهید چه تشخیص‌های پرستاری در نظم دادن به تلاشهای مراقبتی گروهی برای این بیمار شرکت دارد؟

۲ـ با چندین پرستار با تجربه مصاحبه و سرانجام یک پرستار را که در استفاده از تشخیص‌های پرستاری تأکید می‌نماید و همچنین پرستار دیگری که اعتقاد دارد آنها وقت خود را تلف می‌نمایند پیدا کنید. تا زمانی که بتوانید تفاوت تجربیات آنها

در تشخیص‌های پرستاری توضیح دهید با هر دو مصاحبه نمایید سعی کنید اختلاف بین انتظارات بیمار را که در ارتباط با استفاده یا عدم استفاده آنها از تشخیص‌های پرستاری ایجاد می‌گردد را مشخص نمایید. منافع و محدودیتهای استفاده از تشخیص‌های پرستاری را لیست نمایید.

۳ـ با دو بیمار تشخیص‌های طبی مشابه مصاحبه نمایید. لیست اولویتهای تشخیص‌های پرستاری را برای هر دو نفر توسعه دهید و اختلاف موجود را منعکس نمایید. نقاط قوت هر دو بیمار را با هم مقایسه نموده و تفاوتهای آنها را مشخص کنید. چنانچه می‌توانید این تمرین را با دانشجویی دیگر انجام دهید این امر می‌تواند به شما کمک نماید تا متوجه شوید چرا بین لیست تشخیص‌های پرستاری شما و توانایی‌های بیمار تفاوت وجود دارد.

■ تمرین برای NCLEX

۱ـ تمام اهداف تشخیص را که در زیر آمده در نظر بگیرید.
هدف تشخیص تعیین:
(۱) چطور یک فرد، گروه یا جامعه به مشکلات سلامتی حاد و یا بالقوه و فرآیند زندگی پاسخ متقابل نشان می‌دهد.
(۲) عواملی که در بروز مشکلات سلامتی نقش دارند و یا مسبب هستند (اتیولوژی‌ها)
(۳) توانایی بیمار در پیشگیری یا حل مشکلات
(۴) مداخلات پرستاری جهت حل مشکلات سلامتی

الف) (۱) و (۲)　　ب) (۳) و (۴)
ج) (۱)، (۲) و (۳)　　د) تمامی گزینه‌ها صحیح است

۲ـ واژه‌های «تشخیص دادن» و «تشخیص» کاربردی قانونی دارد. این واژه‌ها بر روی مشکل خاصی که نیاز به مدیریت بوسیله فرد فارغ التحصیل با تجربه‌ای را دارد دلالت می‌کند کدامیک از جملات زیر غلط است؟
الف) چنانچه تشخیص بیماری را مشخص کنید معنی آن این است که مسئولیت نامگذاری دقیق و اداره و درمان مشکل را پذیرفته‌اند.
ب) چنانچه شما مشکل را درمان کنید و یا اجازه دهید بدون اطمینان از تشخیص دادن صحیح مشکل باقی بماند ممکن است سبب متضرر شدن بیمار گردد و غفلتی را مرتکب شوید.
ج) شما در قبال آشکار کردن، تعیین و یا تشخیص علایم مشهود و نشانه‌های پوشیده که ممکن است دلالت بر مشکل نمایند و قبلاً آنها را تجربه کردهاید مسئولیت دارید.
د) هنگامی که پرستاران مشکل پزشکی را تشخیص می‌دهند، آنها درست مانند پزشک در قبال تعیین، تشخیص و اداره و درمان نشانه‌های مشهود و غیر مشهود بیماری مسئول هستند.

۳ـ کدامیک از ایالتهای زیر تشخیص را به عنوان بخشی قانونی از حرفه پرستاری تعیین نمودند؟
الف) نیوجرسی　　ب) نیویورک
ج) کارولینای شمالی　　د) داکوتای شمالی

۴ـ کدامیک از گروههای زیر برای ترفیع و سازماندهی فعالیتهایی جهت ادامه توسعه، طبقه‌بندی و تهیه آزمونهای علمی تشخیص‌های پرستاری مسئول هستند.
الف) انجمن پرستاران امریکا
ب) انجمن ملی تشخیص‌های پرستاری
ج) انجمن تشخیص‌های پرستاری شمال آمریکا
د) خانه غربال کننده تشخیص‌های پرستاری

۵ـ تغییر در حفظ سلامتی مثالی است از:
الف) مشکل مشترک　　ب) مشکل بین گروهی
ج) مشکل پزشکی　　د) مشکل پرستاری

۶ـ جهت تعیین اهمیت فشار خون اندازه‌گیری شده 148/100 ابتدا لازم است:
الف) این اطلاعات را با استانداردها مقایسه کنید.
ب) طبقه‌بندی تشخیص‌های پرستاری را برای تعیین مشکل کنترل نمایید.
ج) منابع پزشکی را برای علایم مشهود و غیر مشهود فشار خون بالا کنترل نمایید.
د) با همکارانتان مشورت نمایید.

۷ـ هنگامی که بررسی مقدماتی بیمار مشخص می‌نماید که طی دو روز گذشته حرکات دودی روده وجود نداشته و دانشجوی پرستاری تشخیص را یبوست نوشته است چه توصیه‌ای از طرف مربی خود دریافت خواهد کرد؟
الف) یک لحظه دست نگهدار... تشخیص‌های پرستاری باید همیشه از مجموعه‌ای اطلاعات با اهمیت بدست می‌آید نه توسط یک نشانه تنها
ب) به وظیفه‌ات بخوبی عمل کرده‌ای... شما خیلی سریع این مشکل را مشخص نموده‌اید و ما می‌توانیم قبل از این که به مشکل حادتری تبدیل شود آن را حل کنیم.
ج) آیا این تشخیص حاد است یا بالقوه
د) این یک مشکل پزشکی است نه یک تشخیص پرستاری

۸ـ یک قضاوت بالینی که یک شخص، خانواده یا جامعه‌ای را که در پیشرفت یک مسئله نسبت به گروههای دیگر در موقعیتی یکسان و مشابه آسیب‌پذیرتر معرفی می‌نماید

کدام نوع از تشخیص‌های پرستاری را مشخص می‌نماید؟

الف) حاد　　ب) بالقوه
ج) احتمالی　　د) خوب بودن　　ه) سندرم

۹ـ در کدامیک از تشخیص‌های پرستاری زیر بطور صحیح دو بخش اساسی تشخیص‌های پرستاری نگارش شده است؟

(۱) تطابق غیر مؤثر در ارتباط با عدم توانایی در حفظ زندگی مشترک با همسر
(۲) تطابق تدافعی در ارتباط با از دست دادن شغل و امنیت اقتصادی
(۳) تغییر در فرآیند تفکر در ارتباط با حالت وحشتزدگی
(۴) تعارض در تصمیم‌گیری در ارتباط با گذاشتن والدین در خانه سالمندان

الف) (۱) و (۲)　　ب) (۳) و (۴)
ج) (۱)، (۲) و (۳)　　د) تمامی موارد بالا

۱۰ـ در کدامیک از تشخیص‌های پرستاری زیر سه بخش اساسی در ثبت تشخیص‌های پرستاری به روشی صحیح نگارش شده است؟

(۱) عدم توانایی تطابق خانوادگی در ارتباط با فقدان دانش مراقبت از بچه‌ای که بر روی ونتیلاتور است.
(۲) اختلال در تغذیه: کمتر از نیازهای بدن در ارتباط با دریافت ناکافی کالری برای کوشش در جهت برتری در ژیمناستیک بر اساس کاهش ۲۰ پوند کاهش وزن در راستای دستیابی به وزن ایده‌آل بر اساس نمودار قد و وزن
(۳) نیاز به آموختن روش مراقبت از کودک روی ونتیلاتور در منزل در ارتباط با عدم انتظار مرخص شدن کودک دختر بعد از ۳ ماه اقامت در منزل و تکرار مرتب این جمله «من نمی‌توانم این کار را انجام دهم» «من می‌دانم به او صدمه خواهم زد زیرا من پرستار نیستم» و «من نمی‌توانم اعمال طبی را انجام دهم»
(۴) دیسترس معنوی در ارتباط با عدم توانایی پذیرش تشخیص بیمار بدحال بودن بر اساس بیان چندین نظر مانند «چطور ممکن است خدا برای من چنین کند؟» «من سزاوار چنین سرنوشتی نیستم» «من نمی‌فهمم» «من می‌خواهم سعی کنم زندگیم را حفظ کنم» «چطور ممکن است خدا به این روش مرا رنج دهد؟»
(۵) فشار ناشی از مراقبت در ارتباط با نارسایی کمک در تشخیص مشکلات سلامتی در منزل و برنامه‌ریزی جهت تسهیل در تطابق با مشکل بر طبق علایم و کاهش وزن و افسردگی بالینی در فرد مراقب.

الف) (۱) و (۳)　　ب) (۲) و (۴)
ج) (۱)، (۲) و (۳)　　د) تمامی موارد بالا

■ پاسخنامه با دلایل

۱ـ پاسخ صحیح گزینه «ج» است. تعیین مداخلات پرستاری جهت حل مشکل سلامتی در مدت مرحله برنامه‌ریزی از فرآیند پرستاری انجام می‌شود.

۲ـ پاسخ صحیح گزینه «د» است. مادامی که پرستاران در قبال تعیین و ثبت تشخیص‌های پرستاری و علایم مشهود و غیر مشهود ناشی شده از مشکلات طبی و مشترک مسئول هستند مسئولیت آنها برای مشکلات طبی تنها به حوزه اعمال خود محدود بوده و آنها سهمی در مقابل مسئولیت‌های مشابه همکاران پزشک ندارند.

۳ـ پاسخ صحیح گزینه «ب» است. نیویورک اولین ایالتی بود که تشخیص‌ها را به عنوان بخش قانونی در حرفه پرستاری تعیین نمود.

۴ـ پاسخ صحیح گزینه «ج» است. انجمن تشخیص‌های پرستاری شمال آمریکا

۵ـ پاسخ صحیح گزینه «د» است. مشکل پرستاری توصیف مشکلی است که می‌توان آن را به وسیله پرستاران و در حیطه اعمال پرستاری مستقل حل نمود.

۶ـ پاسخ صحیح گزینه «الف» است. یک استاندارد یا «لُزم» یک قانون، مقیاس، الگو یا مدل پذیرفته شده است که می‌توان اطلاعات کسب شده را با آنها مقایسه نمود.

برای مثال هنگامی که فشار خون مددجویی مشخص گردید استانداردهای مقتضی ارزشهای استاندارد پذیرفته شده در این رابطه با توجه به سن، نژاد، گروه بیماری فرد می‌باشد. انحراف از این مقادیر استاندارد پذیرفته شده ممکن است اساسی را جهت نوشتن تشخیص‌های پرستاری ایجاد نماید.

۷ـ پاسخ صحیح گزینه «الف» است. مجموعه اطلاعات گروهی از اطلاعات و یا نشانه‌های راهنما می‌باشد که یک مشکل سلامتی را مشخص می‌نماید. تشخیص‌های پرستاری همیشه از مجموعه اطلاعات با اهمیت به دست می‌آید تا یک نشانهٔ منفرد. ممکن است دلایل متفاوتی برای فقدان حرکات دودی به مدت ۲ روز وجود داشته باشد و یا ممکن است این مسئله الگوی طبیعی، فردی، بیمار باشد.

۸ـ پاسخ صحیح گزینه «ب» است. یک قضاوت بالینی که یک فرد، خانواده یا جامعه را در توسعه یک مشکل در موقعیت

یکسان و یا مشابه آسیب‌پذیرتر مطرح می‌نماید یک تشخیص خطرزا (بالقوه) پرستاری می‌باشد.

۹ـ پاسخ صحیح گزینه «د» است. در یکی از چهار تشخیص صحیح نوشته شده است زیرا دو بخش اصلی تشخیص‌های پرستاری یعنی مشکل و علت ایجاد کننده یا مسبب مشخص شده است.

۱۰ـ پاسخ صحیح گزینه «الف» است. (۲) با واژهٔ نیازها نوشته شده نه پاسخ متقابل و نشانه‌های حاکی از عدم سلامتی و (۴) یک جمله نامناسب و غیر منطقی است.

فصل

۱۴

تعیین برآیند مورد انتظار (اهداف) و برنامه‌ریزی



گلنداکرونک (Glendal kronk) زن میانسال ۳۵ ساله‌ای است که جهت انجام آزمایشات روتین و کنترل وضعیت سلامتی خود به مرکز بهداشتی مراجعه کرده است. در طی مدت ویزیت او بیان می‌نماید که انگیزهٔ قوی و طرحی برای تناسب اندام، کاهش وزن، افزایش تون عضلات و بهبود ظرفیت قلبی تنفسی دارد. «من می‌دانم که او در روش زندگی نیاز به تغییر دارد به خصوص رژیم غذایی. او می‌پرسد اکنون رژیم غذایی و مکملهای غذایی چیست؟



الیجا ولینسکی (Elijah wolinski) مرد ۸۵ ساله لاغر اندام، سست و پیری است که به دلیل بیماری تغییرات دژنراتیو شدید مفصلی گرفتار همیشگی رختخواب است. او در منزل خودش و توسط برادرزاده‌اش مراقبت می‌شود. ارزیابی وی در منزل مشخص نمود که وی بر روی ملحفه‌ای آلوده از ترشحات زخم فشاری بزرگی در ناحیه ساکروم که تقریباً ۳ اینچ قطر و ۱ اینچ عمق داشته و ترشحات چرکی دارد استراحت می‌نماید.



دارلا جفرسون (Darla jefferson) یک زن تنهای ۲۹ ساله بوده که ۱۴ هفته حامله می‌باشد. او خودش را فردی معتاد ناامید که در تلاش برای ترک اعتیاد است و به خاطر می‌آورد که قبلاً چند مرتبه سعی کرده تا ترک نماید توصیف می‌کند. اگرچه قبلاً از این گرفتاری (مصرف مخدر) خلاص شده است، او امیدوار نیست که دو مرتبه مصرف مواد را شروع نکند. او پدر فرزندش را نمی‌شناسد و مطمئن نیست که بچه‌اش را نگه دارد. وی می‌گوید من می‌خواهم کسی من را دوست داشته باشد اما مطمئن نیستم بخواهم مادر باشم.

❖ تمرکز بر مهارتهای ترکیبی

انواع مهارتهای ترکیبی که شما جهت پاسخ متقابل به موردهای مطرح شده در سناریوهای اول فصل نیاز دارید شامل موارد زیر می‌باشد:

مهارتهای شناختی

- آگاهی از اطلاعات مورد نیاز جهت توسعه یک برنامه مراقبتی، سبب دستیابی به نیازهای پرستاری خانمی که می‌خواست تناسب اندام داشته باشد، پیرمرد فلج با زخم فشاری و خانم تنهایی با تاریخچه‌ای از سوء استعمال مواد مخدر خواهد شد. به عبارت دیگر با توجه به موارد بالا اولویتها شکل خواهد گرفت، اهداف و برآیند مورد انتظار بیمار و استراتژی‌های ارزشیابی وابسته، مداخلات پرستاری در ارتباط با برنامه مراقبتی مشخص می‌گردد.
- آگاهی از استانداردهای مراقبتی، استانداردهای مؤسسه و قوانین مربوطه
- توانایی تفکر انتقادی دربارهٔ این که چطور بهترین واکنش را نسبت به نیازهای پرستاری بیمار از خود نشان دهیم.
- آگاهی از ارزیابیهای مهم در ارتباط با وضعیت بیمار مانند شیوهٔ زندگی سالم، زخمهای فشاری و سوء استفاده از مواد مخدر و حاملگی
- آگاهی از عوامل ایجاد کننده آسیبهای پوستی و تشکیل زخم فشاری، معیاری کنترل عفونت، مراقبت از زخم و مراقبت شخصی و رعایت بهداشت فردی.

مهارتهای تکنیکی

- توانایی پژوهش و تحقیق در متون مرجع جهت کسب دانش مورد لزوم برای توسعه مهارت برنامه‌ریزی مراقبتی
- توانایی استفاده از سیستمهای ثبتی جهت برقراری ارتباط با برنامه مراقبتی
- دانش و مهارت کار با رایانه
- توانایی تعیین مهارتهای تکنیکی یاری دهنده در اجراء برنامه مراقبتی مانند آموزش به بیمار مراقبت از زخم، معیارهای کنترل عفونت و مشاوره برای پرهیز از استفاده از مواد مخدر
- صلاحیت تعیین مداخلات استاندارد مقتضی بر اساس استنتاج منطقی.

مهارتهای بین فردی

- توانایی ایجاد اعتماد بین بیمار و پرستار و رابطه‌ای مسئولانه جهت مراقبتی پویا از بیماران با مشکلات و نیازهای خاص: خانمی که آرزو دارد شیوه زندگی سالمی داشته باشد. مرد پیر فلجی با زخم فشاری و خانم باردار جوانی با تاریخچه سوء استفاده از مواد مخدر.
- توانایی تأکید کردن به بیماران برای سهیم شدن و تلاش کردن جهت دستیابی به اهداف با ارزش
- توانایی تشریک مساعی با افراد تیم مراقبتی جهت توسعه برنامه مراقبتی همه جانبه و منظم.
- توانایی نشان دادن احترام به شأن انسانی فرد بیمار به عنوان کلیدی اساسی جهت اجرای مناسب طرحهای مراقبتی
- آگاهی از ارزشها و اصول اخلاقی افراد با نشان دادن احترام برای تک تک افراد، عقاید و باورهایشان، ارزشها، انتخاب یا داشتن نگاهی متفاوت در انجام کارها با شما.

مهارتهای اخلاقی و قانونی

- توانایی برقراری ارتباطی محترمانه و ارتقاء حس خوب بودن در بیمار و خانوادهٔ وی.
- نشان دادن داشتن احساس مسئولیتی قوی برای سلامتی و خوب بودن بیمار، داشتن تعهد لازم جهت توسعه برنامه مراقبتی که به مددجو اجازه می‌دهد در دستیابی به نیازها و اهداف سلامتی خودش به ما کمک نماید.
- تعهد نسبت به حس خوب بودن در بیمار و داشتن احساس امنیت از طریق احساس مسئولیت در حیطه اعمال پرستاری و انجام وظایف حرفه‌ای
- استفاده پیوسته از قوانین ایمن حمایتی و مقتضی در زمان توسعه و ثبت طرحهای مراقبتی

❖ برآیندهای یادگیری

پس از مطالعهٔ این فصل، فراگیر باید قادر به انجام موارد زیر باشد:

۱ـ اهداف و منافع برنامه‌ریزی را توصیف نماید.
۲ـ سه جزء برنامه‌ریزی جامع را تعیین نماید.
۳ـ اولویت در مشکلات سلامتی بیمار و پاسخ‌های متقابل پرستار را تعیین نماید.
۴ـ چگونگی بدست آمدن دستورات پرستاری و اهداف و پیامدهای مورد انتظار بیمار را از تشخیص‌های پرستاری توصیف نماید.
۵ـ یک برنامه مراقبت پرستاری را با اهداف و پیامدهای مورد انتظار صحیح طرح‌ریزی نموده و مداخلات پرستاری وابسته به اهداف را مشخص نماید.
۶ـ مداخلات پرستاری اولیه، مداخلات پزشکی اولیه و مداخلات مشترک را از یکدیگر متمایز نماید.
۷ـ از معیارهای مخصوص جهت ارزشیابی مهارت برنامه‌ریزی استفاده نماید.
۸ـ پنج مشکل معمول در ارتباط با برنامه‌ریزی، عوامل احتمالی ایجاد کننده مشکل و راهحلهای آن را توصیف می‌کند.

واژه‌های کلیدی

راهکارهای مراقبت بالینی (راهکارهای ویژه نقشه‌های مراقبتی)			clinical pathways (critical pathways, care maps)
● برنامه‌های مراقبت پرستاری رایانه‌ای			Computerized plans of Nursing care
● مشاوره	consultation	● مداخلات پرستاری	Nursing intervention
● معیار	criteria	● برنامه‌ریزی پویا در حال پیشرفت	ongoing planning
● برنامه‌ریزی ترخیص	Discharge planning	● تعیین برآیندهای مورد انتظار بیمار	outcome identification
● برآیند مورد انتظار	Expected outcome	● برآیندهای مورد انتظار بیمار	patient outcome
● اهداف کلی	Goal	● برنامه مراقبت پرستاری	plan of nursing care
● برنامه‌ریزی مقدماتی	initial planning	● برنامه‌ریزی	planning
● کاردکس برنامه مراقبتی	kardex care plan	● برنامه‌های مراقبتی استاندارد شده	standardized care plans

بعد از این که پرستار اطلاعات بیمار را جمع‌آوری و تفسیر نمود توانایی‌ها و مشکلات سلامتی بیمار را مشخص می‌کند این زمان وقت مناسبی برای برنامه‌ریزی اعمال پرستاری می‌باشد در طی مدت مرحله برنامه‌ریزی و تعیین برآیندهای مورد انتظار در فرآیند پرستاری، پرستار با بیمار و خانواده وی جهت دستیابی به اهداف زیر همکاری می‌نماید:

(۱) اولویت‌بندی تشخیصهای پرستاری
(۲) تعیین و نگارش اهداف قابل انتظار بیمار
(۳) انتخاب مداخلات پرستاری بر اساس شواهد موجود
(۴) برقرار کردن ارتباط با برنامه‌های پرستاری (شکل ۱-۱۴)

پرستار و بیمار جهت تثبیت اولویتها، توسعه اهداف و پیامدهای مورد انتظار و تعیین مداخلات پرستاری و کمک به وی در جهت دستیابی به اهداف با یکدیگر کار می‌کنند این امر بسیار مهم است که برنامه مراقبتی مطابق با استانداردهای پرستاری و موافق با دیگر برنامه‌های درمانی و با توجه به توانایی‌های بیمار و پرستار و منابع موجود واقع‌گرایانه باشد.

هدف یک نشانه یا غایت است. یک هدف بیمار نتیجه‌ای قابل انتظار یک عاقبت مورد انتظار در ارتباط با مشکل سلامتی بیمار یا دستیابی به بهبودی یا انتظار منتج از توقعات سلامتی بیمار می‌باشد. لغات هدف، مقصود و پیامد غالباً بجای یکدیگر استفاده می‌شوند. بعضی از مؤسسات واژه هدف یا مقصود را جهت توصیف آن چیزی که خواسته شده و واژه پیامد را جهت توصیف نتایج پیامدهای کسب شده استفاده می‌نمایند. در پرستاری عبارت پیامدهای قابل انتظار برای کاربرد معیارهای اختصاصی و قابل اندازه‌گیری جهت استفاده در ارزشیابی وسعت دستیابی به اهداف به کار برده می‌شود. این فصل از واژه‌های اهداف، پیامدها جهت بیان پیامدهای مورد انتظار بیمار استفاده نموده است. پرستار، بیمار و خانواده وی تا حد امکان بایستی در تعیین برآیند مورد انتظار و مرحله برنامه‌ریزی با یکدیگر همکاری نمایند. چنانچه اهداف (پیامدها) مورد انتظار اختصاصی طراحی شده در برنامه مراقبتی از نظر بیمار با ارزش نباشد یا از نظر وی در پیشگیری، حل مشکل و یا کاهش مسائل بیمار یا دستیابی به انتظارات سلامتی وی مؤثر نباشد ممکن است برنامه‌ریزی بی‌معنی باشد، بنابراین تعیین اهداف (پیامدها) برای مداخلهٔ موفقیت‌آمیز با همکاری بیماران یک مهارت ویژه می‌باشد. این فصل برنامه‌ریزی را به عنوان یک فرایند رسمی و یک مرحله سنجیده در فرآیند پرستاری توصیف نموده است.

یک برنامه رسمی مراقبتی به پرستاران اجازه می‌دهد:

- برنامه مراقبتی فردی که حداکثر دستیابی به اهداف مورد انتظار را مهیا می‌نماید، برای مدد جو ایجاد شود.
- اولویت‌بندی مشکلات صورت پذیرد.
- تسهیل در برقراری ارتباط در گروه پرستاری و دیگر همکاران
- ترفیع پیوسته خدمات از نظر کیفی و مقرون به صرفه بودن
- ارزشیابی پاسخ‌های متقابل بیمار به مراقبت‌های پرستاری
- ثبت پرستاری که بتواند برای ارزشیابی، پژوهش، جبران مشکلات و اهداف قانونی از آن استفاده نمود.
- ارتقاء توسعه حرفهٔ پرستاری

غالباً برنامه‌ریزی غیر رسمی در مؤسسات درمانی توسط دانشجویان طراحی می‌گردد. این عامل حلقه‌ای است بین تعیین توانایی یا مشکل بیمار و مهیا ساختن یک پاسخ متقابل مناسب پرستاری به این مشکلات. هنگامی که یک پرستار در بخش جراحی شلوغ می‌آموزد که یک بیمار بعد از عمل جراحی از درد ناحیه شکاف جراحی شکایت نموده و سریعاً اولویتها را بر هم می‌زند زمانی را جهت ارزیابی نوع و کیفیت درد و تعیین اقدامات پرستاری جهت کاهش ناراحتی بیمار در نظر می‌گیرد در این زمان برنامه‌ریزی اتفاق افتاده است. هنگامی که پرستار بخش

تمرینات انعکاسی: چالش در مهارتهای قانونی، اخلاقی

هنگامی که در یک پناهگاه زنان کار می‌کردم، دارلاجفرسن زن ۲۹ ساله جوانی را که ۱۴ هفته باردار بود ملاقات کردم. دارلا دربارهٔ خودش می‌گفت که او یک معتاد ناامید است که چندین مرتبه سعی کرده است مصرف مواد را متوقف نماید. او در همان لحظه وابسته به مواد مخدر نبود اما امیدوار نبود که دو مرتبه سراغ این مواد نرود. او پدر فرزندش را نمی‌شناسد و احساس خوبی در مورد نگهداری فرزندش ندارد. او می‌گوید «من می‌خواهم یک نفر من را دوست داشته باشد، اما مطمئن نیستم بخواهم مادر شوم.» من می‌دانم که نیاز دارم روشی را بیابم که او را نسبت به باردارایش متعهد نماید اما من کاملاً با سقط کردن فرزند وی مخالف هستم و فکر می‌کنم نتوانم با وی دربارهٔ تصمیمی که او گرفته صحبت کنم. من احتیاج دارم برنامه مناسبی را جهت بحث در این ارتباط توسعه دهم.

خارج از این چارچوب فکر کنید: انجام اعمال امکان‌پذیر

- به دارلا بگویم که من معتقدم او در مورد نگهداری فرزندش مسئولیت دارد و سپس بخواهم که او راجع به این پیشنهاد تصمیم بگیرد و آمادگی خود را برای پذیرش و تطابق با نقش مادری ارزیابی نماید.
- به دارلا در ارزیابی آمادگی پذیرش نقش مادری کمک نمایم و تمامی جنبه‌های انتخاب ادامه بارداری و یا خاتمهٔ آن را برای وی روشن کنم.
- فرد دیگری با دارلا در ارتباط با تصمیم مورد نیاز وی مشاوره نماید و سازش من با وی اخلاقی نیست.

ارزشیابی یک برآیند مورد انتظار خوب: چطور من موفقیت را تعریف کنم؟

- دارلا کمک می‌خواهد او احتیاج دارد راجع به خودش و عدم تولد فرزندش تصمیم صحیحی بگیرد.
- من نسبت به مسئولیت‌های پرستاری خود یعنی مشاوره با بیمار و وظیفه خودم در حفظ موارد اخلاقی وفادار و پایبند هستم.

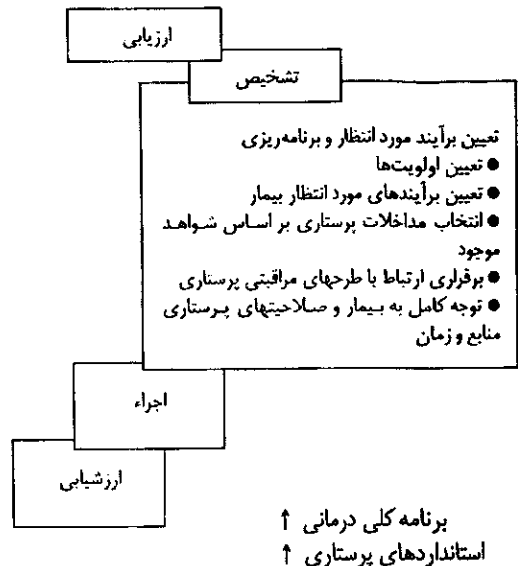
یادگیری شخصی: توجه به آینده

بدبختانه من حدس می‌زنم توانایی من در مشاوره با دارلا بدون سازش با خودم و نتیجه‌ای که می‌خواهم بگیرم مفید نباشد من فکر می‌کنم ایده‌آل اینطور باشد که من برنامه‌ای را با توجه به اهداف وی و آمادگی او برای مادر شدن توسعه دهم و سپس بدون تعصب راجع به انتخاب وی بحث نمایم. هنگامی که او دربارهٔ سقط جنین کردن شروع به صحبت می‌کند. به وی در نگهداری فرزندش اصرار می‌کنم و از نظر من نگهداری بچه مهمتر از آمادگی و تطابق وی برای مادر شدن است اگر چه وی هنوز آمادگی این نقش را پس از زایمان نداشته باشد. متأسفانه من اجازه دادم تفکر و عقیده شخصی‌ام وارد بحث گردد. با این عمل فکر می‌کنم او اعتمادش را به من از دست داده است. تصمیم گرفته‌ام با دیگر پرستاران مشورت نمایم تا ببینم چطور باید با این چالش کنار بیایم.

بازتاب

شما در موقعیتی مشابه چه واکنشی نشان می‌دهید؟ چرا؟ در این رابطه دربارهٔ کفایت مهارتهای حرفه‌ای خود چه قضاوتی می‌کنید و به خودتان چه می‌گویید؟ آیا می‌توانید فکر کنید و با راه دیگری به این موقعیت پاسخ دهید؟ چه اعمالی ممکن است مؤثرتر باشد؟ چه اعمالی ممکن است برای دانشجوی پرستاری که در موقعیت مشابه در آینده قرار می‌گیرد مفید باشد، آیا برآیند مورد انتظار می‌تواند مثبت باشد؟ چه مهارتهای دیگری (شناختی، بین فردی، تکنیکی، قانونی و اخلاقی) را شما نیاز دارید تا پاسخ خوبی به این موقعیت برسد؟ پیشنهاد شما برای عملی که ممکن است مؤثرتر باشد چیست؟ و توضیح دهید چرا؟ آیا شما با معیارهای ارزشیابی موفقیت‌آمیز برآیند مورد انتظار موافق هستید؟ آیا دانشجوی پرستاری به این معیارها دسترسی دارد؟ از پاسخ متقابل خودتان حمایت کنید.

زنان و زایمان بین ساعت ۱۱ـ۳ شیفت کاری در غروب قبل از ترخیص‌متوجه می‌شود پدر کودک به نگهداری دختر جدید خود مقید نمی‌باشد و یادداشتی منطقی از مشاهدات خود در ارتباط با تعاملات بین پدر و دختر در زمان غروب تهیه و سند معتبری مهیا می‌سازد برنامه‌ریزی اتفاق افتاده است. هنگامی که پرستاری که در مراکز مراقبت روزانهٔ افراد پیر می‌شنود یک بیمار خفه شده و با سرعت در کنار او حاضر می‌شود تا در صورت لزوم مانور هیملیچ را انجام دهد برنامه‌ریزی اتفاق افتاده است برنامه‌ریزی غیر رسمی با استفاده از هوشیاری بیشتر بوسیله پرستاری که در خانه سالمندان کار می‌کند و به طور منطقی مشخص می‌نماید که چطور بهترین حمایت از بیماری که در مراحل انتهای بیماری سرطان قرار گرفته و از حفظ زندگی خود صرف نظر نموده است مشخص می‌گردد. همچنین ممکن است وی پس از مشاوره با همکاران پرستار که از بیمارانی با نیازهای مشابه مراقبت می‌نمایند برای روز بعد یک برنامه‌ریزی رسمی جهت فرایند مراقبت از بیمار انجام دهد در هر یک از مثالهای فوق، فرآیند برنامه‌ریزی غیر رسمی به تک تک پرستاران اجازه می‌دهد تا در ارتباط با ارایه بهترین خدمات به بیماران با نتایجی امیدوار کننده فکر نمایند. دلیل عدم هماهنگی در برنامه مراقبتی توسط هر فردی که مراقبت از بیمار را به عمل می‌آورد مشخص می‌شود.



شکل ۱ـ۱۴. تعیین برآیندهای مورد انتظار و برنامه‌ریزی

تمرکز ممتاز برآیند مورد انتظار تعیین شده و برنامه‌ریزی پرستاری

هدف اولیه از تعیین برآیند مورد انتظار و مرحله برنامه‌ریزی فرآیند پرستاری طراحی برنامه مراقبتی با بیمار و برای بیماری است که یک مرتبه اجراء شده و نتیجه آن پیشگیری، کاهش یا حل مشکل سلامتی بیمار و دستیابی به انتظارات سلامتی بیمار با توجه به تشخیص‌های پرستاری تعیین شده می‌باشد.

به گذشته فکر کنید به گلنداکرونک خانمی که بیان می‌کرد نیاز دارد اندام خود را متناسب نگه دارد. بر اساس ارزیابی جامع بیمار، پرستار و بیمار هر دو می‌خواهند برنامه مناسبی را جهت دستیابی به سطح مطلوبی از سلامتی گسترش دهند مانند برنامهٔ ۲۰ دقیقه پیاده‌روی ۳ بار در هفته، مصرف رژیم غذایی و انجام پیگیریهای روتین جهت تعیین پیشرفت در دستیابی به اهداف مورد انتظار تعیین شده.

یک برنامه جامع مراقبتی علاوه بر کمکهای معمول پرستاری به کمکهای اختصاصی اضافی‌تر در برطرف کردن نیازهای اساسی انسان در فرد بیمار (مانند کمک به رعایت بهداشت و تغذیه مناسب) نیاز دارد. همچنین برنامه‌ریزی جامع توصیف کننده مسئولیت‌های مقتضی پرستاری برای تشریک مساعی و اجراء برنامه مراقبتی طبی می‌باشد.

برای مثال پزشکان ممکن است پرستاران را مأمور مراقبت از بیماری که اخیراً جراحی شده است نموده و انتظار داشته باشند زخم جراحی بیمار مجدداً پانسمان گردد. داروهای تجویز شده و ورید درمانی اجراء گردد و مطالعات آزمایشگاهی وی زمانبندی می‌شود. پرستاران برنامه‌های مراقبتی را بطریقی طراحی می‌نمایند که وظایف مستقل و مشترک آنها با یکدیگر ترکیب گردند بدلیل این که پرستاری نگران پاسخ متقابل بیمار به سلامتی و ناخوشی می‌باشد. برنامه مراقبتی از اهداف گسترده پرستاری نظیر ارتقاء سطح خوب بودن پیشگیری از بیماری و ناخوشی، ارتقاء بهبودی و تسهیل در تطابق به وسیله تغییر عملکرد حمایت می‌نماید.

تعیین برآیند مورد انتظار، برنامه‌ریزی و تفکر انتقادی

اجرای موفقیت‌آمیز هر مرحله از فرآیند پرستاری به مهارت بالای تفکر انتقادی نیازمند است. برای برنامه‌ریزی مراقبتی صحیح پرستار باید:

- با استانداردها و خط مشی‌های مؤسسه برای تعیین اولویتها اشنا بوده و برآیندهای مورد انتظار بیمار را تعیین و ثبت نموده و مداخلات مناسب پرستاری را بر اساس شواهد موجود انتخاب و برنامه‌های مراقبتی را ثبت نماید.
- بخاطر بسپارید که هدف مراقبتی بیمار محور فقط بیمار و علایق وی و ترجیحاً در نظر گرفتن این علایق در هر جنبه‌ای از برنامه‌ریزی و تعیین برآیندهای مورد انتظار می‌باشد.
- بر روی یک تصویر بزرگ تمرکز نمایید: اهداف ترخیص در مورد چنین بیماری چیست و مداخلات هر شیفت کاری بایستی چطور باشد؟
- به تجربیات و قضاوتهای بالینی خودتان اعتماد کنید اما هنگامی که با یک موقعیت خاصی مواجه می‌شوید که نیاز به تجربه و مهارت بیشتری از آنچه شما دارید نیاز است مشتاقانه بدنبال گرفتن کمک باشید.
- به شواهد کلینیکی که بدست می‌آورید اعتماد کنید اما قبل از تعیین اولویتها، برآیندهای مورد انتظار و انتخاب مداخلات پرستاری مطمئن شوید که پژوهشها برنامه شما را حمایت می‌کند.
- تعصبات فردی را تشخیص دهید و فکری باز و منعطف داشته باشید.

دارلا جفرسون زن بارداری را که سابقه اعتیاد به مواد مخدر را ذکر می‌کرد و در تمرینات انعکاسی مطرح شد

را به خاطر بیاورید. اگرچه دانشجوی پرستاری برنامه‌ای را تعیین نمود که به شیوه‌ای با بیمار بحث شود که تعصب دخالت نداشته باشد متأسفانه دانشجو نتوانست پایبند به برنامه باشد و عقیده شخصی خود را در بحث دخالت داد. نتیجه این که، برنامه مراقبتی خنثی شد و بیمار اعتمادش را به دانشجو از دست داد.»

- تعصبات را کنار بگذارید و در مدت برنامه‌ریزی و تعیین برآیندهای مورد انتظار از تفکر انتقادی استفاده نمایید.
- اولویتها را مشخص نمایید: کدامیک از مشکلات بیمار نیاز به توجه فوری من و سیستم دارد؟ کدام مشکل مسئولیت من است و کدام مشکل بایستی به دیگری واگذار شود؟ کدام مشکل بیشتر از نظر بیمار اهمیت دارد؟
- تعیین برآیندهای مورد انتظار: چه چیزی را جهت نشان دادن حل مشکل تعیین شده توسط تشخیصهای پرستاری و لیست عمومی مشکل بایستی در بیمار مشاهده کنم؟ چه مدتی زمان جهت دستیابی به برآیندهای مورد انتظار تعیین شده لازم است؟ آیا برآیند مورد انتظار نیاز به تعدیل مختصر برنامه مداخلات پرستاری دارد؟
- مداخلات پرستاری را بر اساس شواهد موجود انتخاب کنید: چه علوم پرستاری و تجربیات بالینی جهت انجام مداخلات پرستاری مخصوص مورد نیاز من است تا کمک نماید واقعاً به برآیندهای مورد انتظار بیمار دست یابیم؟ آیا انتخاب مداخلات توسط من سبب منفعت بیشتر بیمار می‌شود؟ بدترین چیزی که ممکن است در اجرای این مداخله اتفاق بیافتد را در نظر بگیرید، چطور مورد شبیه به آن نیز ممکن است اتفاق بیافتد و چگونه می‌توان مضرات احتمالی را به حداقل رساند؟
- با برنامه مراقبتی ارتباط برقرار کنید: آیا برنامه مراقبتی امروز بیمار به اندازه کافی به اولویتهای وی توجه دارد؟ چنانچه برنامه مراقبتی استاندارد بوده و یا رایانه‌ای باشد آیا به اندازه کافی به نیازهای اختصاصی بیمار توجه دارد؟ چنانچه شخصی طرح مراقبتی را بخواند آیا می‌تواند بفهمد چطور مداخله بر روی این بیمار تأثیر خواهد گذاشت؟

برنامه‌ریزی جامع[۱]

در مجموعه مراقبتی حاد سه مرحله اساسی برنامه‌ریزی نقش ویژه‌ای در مراقبت پرستاری جامع دارد که این ۳ مرحله شامل برنامه‌ریزی مقدماتی، برنامه‌ریزی در حال توسعه و برنامه‌ریزی ترخیص می‌باشد. در مجموعه‌های دیگر مراقبتی مانند مراقبت طولانی‌مدت، مراکز مراقبت از سالمندان یا کلینیکهای موجود در جامعه ممکن است به عنوان مرحله‌ای مقدماتی از برنامه‌ریزی مقدماتی و برنامه‌ریزی در حال توسعه استفاده شود. چنانچه یک پرستار برنامه مراقبتی جامعی را در روز اول ملاقات بیمار توسعه دهد نارسایی در برنامه جدید و منطبق با روز سبب عدم تأثیر و کارآیی برنامه‌های مراقبتی مربوطه می‌گردد. نارسایی در برنامه‌ریزی مراقبتی روزانه جدید نیاز و مشکلی معمول در تمام مجموعه‌های خدماتی مراقبتی و بهداشتی می‌باشد.

برنامه‌ریزی مقدماتی[۲]

برنامه‌ریزی مقدماتی بوسیله پرستاری که در ضمن پذیرش بیمار تاریخچهٔ پرستاری را اخذ نموده و ارزیابی فیزیکی را انجام داده است توسعه می‌یابد.

برنامه جامع با توجه به مشکلات فهرست شده در اولویتهای تشخیص‌های پرستاری و اهداف مناسب تعیین شده برای بیمار و در ارتباط با مراقبت‌های پرستاری استاندارد طراحی می‌گردد. طرحهای مراقبتی استاندارد شده با توجه به تشخیص‌های پرستاری تعیین شده اهداف و پیامدهای مورد انتظار و مداخلات معمول پرستاری برای جمعیتی خاص یا مشکل سلامتی آن جمعیت برنامه‌های مراقبتی را مهیا می‌نماید (برای مثال یک برنامه مراقبتی استاندارد در ادامه فصل بعداً نشان داده خواهد شد). چنانچه پرستار برنامه مراقبتی را بطور فردی اجرا نماید این برنامه‌ها می‌توانند یک پایه عالی را برای مراقبت مقدماتی مهیا نماید.

منابع برای برنامه‌های استاندارد شده شامل برنامه‌های رایانه‌ای، کتابهای مرجع با برنامه‌های مراقبتی آماده و راهکارهای ویژه و نقشه‌های درمانی مراقبتی توسعه یافته می‌باشد. با استفاده از چنین برنامه‌هایی در وقت پرستاران صرفه‌جویی شده و در کاربرد فردی برنامه‌ها استادانه عمل خواهند کرد.

برنامه‌ریزی در حال توسعه[۳]

توسعه برنامه‌ریزی بوسیله هر پرستاری که با بیمار تعامل دارد انجام می‌شود. اساس حفظ برنامه‌های جدید جهت تسهیل در حل مشکلات سلامتی، ادارهٔ عوامل خطرزا و ارتقاء عملکرد فردی می‌باشد. پرستار ضمن مراقبت از بیمار از اطلاعات جدیدی که گردآوری نموده و تجزیه و تحلیل کرده است برای برنامه‌ریزی اختصاصی و دقیق استفاده می‌نماید. بنابراین برنامه‌ریزی فوق تأثیر به سزایی در مراقبت پویا و صحیح از بیمار دارد.

1- Comprehensive planning

2- Initial planning   3- Ongoing planning

کار توسعه برنامه‌ریزی شامل بیان تشخیص‌های پرستاری واضح‌تر (هم جمله بیان کننده مشکل و هم علت ایجاد مشکل) توسعه تشخیص‌های جدید، توسعه واقع بینانه اهداف و پیامدهای مورد انتظار بیمار در صورت لزوم و تعیین مداخلات پرستاری مناسب که سبب دستیابی بهتر به اهداف بیماری گردد می‌باشد.

- **الیجا ولینسکی مرد پیر فلجی را که دارای زخمهای فشاری بزرگی بود را در نظر بگیرید. توسعه برنامه‌ریزی در وی ضروری می‌باشد زیرا زخم فشاری بیمار سرانجام به سمت بهبودی خواهد رفت. بعلاوه نیازهای دیگر ممکن است در زمان ملاقات در منزل مشخص شود بنابراین برنامه‌های مراقبتی روزانه نیاز به تغییر و تعدیل دارد.**

در این مرحله از برنامه‌ریزی، برنامه‌های استاندارد شده بر اساس شرایط طبی یا انجام اعمالی که ممکن است جهت توسعه تشخیص‌های جدید پرستاری و مداخلات مرتبط مفید باشد مورد استفاده قرار می‌گیرد. اما تأکید این برنامه بطور وضوح بر روی دستیابی به نیازهای فردی و اختصاصی بیمار می‌باشد. برای مثال توصیه استاندارد پرستاری «رساندن مایعات» استفاده از ۶۰cc آب پرتقال بین وعده‌های غذایی و گذاشتن آب تازه در کنار تخت بیمار و تأکید برروی این دستور. چنین دستورات مقدماتی حمایت‌های فعلی از بیمار را مشخص می‌نماید که ممکن است این حمایت با مطلع نگه داشتن باربارا دختر بیمار از سیر پیشرفت بیماری و آگاهی از استراتژیهای مؤثر حمایتی امکان‌پذیر گردد.

برنامه‌ریزی ترخیص[1]

بهتر است برنامه‌ریزی ترخیص بیمار توسط پرستاری انجام شود که بیشترین زمان را در کنار بیمار و خانواده وی بوده و همچنین از یک مددکار اجتماعی و یا پرستاری که اطلاعات گسترده‌ای از منابع موجود در جامعه دارد استفاده گردد در مؤسسات مراقبتی حاد برنامه‌ریزی‌های ترخیص جامع در زمان پذیرش بیمار برای درمان آغاز می‌گردد.

دقت در برنامه‌ریزی سبب می‌گردد تا پرستار اطمینان حاصل نماید که با استفاده از مهارتهای آموزشی و مشاوره‌ای خود بطور موثر بیمار و خانواده وی را در توسعه دانش کافی در ارتباط با مشکلات سلامتی در رژیم‌های درمان که ضروری است به نحو شایسته‌ای در رفتارهای مراقبت از خود در منزل گنجانده و وی را یاری نماید. برنامه‌ریزی جهت ترخیص در فصل ۹ بیشتر بحث شده است.

اولویت‌بندی تشخیص‌ها

پرستار جهت توسعه اولویت‌ها در طبقه‌بندی تشخیص‌های پرستاری به عنوان تشخیص‌های با اهمیت زیاد، متوسط و یا کم نیاز به رهنمودهای استاندارد شده دارد. تشخیص‌های پرستاری با اولویت بالا تهدید بزرگی را برای سلامتی بیمار مطرح می‌نماید.

هرم نیازهای اساسی مازلو[2]

به دلیل این که نیازهای اساسی بشر بایستی قبل از نیازهای سطوح بالاتر برآورد گردد ممکن است نیازهای بیمار نیز بر طبق طبقه‌بندی زیر اولویت‌بندی گردد.

(۱) نیازهای فیزیولوژیک
(۲) نیازهای ایمنی و امنیت
(۳) نیازهای دوست داشتن و تعلق خاطر کردن
(۴) نیازهای اعتماد به نفس
(۵) نیازهای تعالی نفس

بطور مثال یک بیمار پیری که دچار بی‌اختیاری ادراری است در یک محیط مرطوب محدود شده است (نیاز فیزیولوژیک) وی قادر نخواهد بود تا زمانی که نیاز اساسی فیزیولوژیکی‌اش برآورد نشده در فعالیت سرگرمی موسیقی درمانی (نیاز به اعتماد به نفس) شرکت نماید.

تقدمهای بیمار

بهتر است ابتدا نیازهایی که بیمار فکر می‌کند مهمتر است برآورد گردد به شرط آنکه توصیه‌های وی با دیگر اهداف درمانی حمایتی تناقضی نداشته باشد برای مثال خانمی با شکستگی لگن و زخمهای متعدد پارگی بعد از تصادف اتومبیل در بخش ارتوپدی پذیرش شده است. روز پس از حادثه از درد شکایت داشته و اظهار می‌دارد جهت حمام و دستشویی و توجه از زخم نیاز به کمک دارد، اما او قبل از تماس تلفنی با منزل و یافتن فردی که از دوقلوهای ۱۵ ماههٔ وی مراقبت می‌نماید از دریافت هرگونه کمکی امتناع می‌ورزد.

پیش‌بینی مشکلات آینده

پرستاران بایستی دانش خود را براساس توجه به تأثیرات بالقوه اعمال مختلف پرستاری افزایش و بکار ببرند. نسبت دادن اولویتی کم اهمیت به تشخیصی که بیمار می‌خواهد نادیده گرفته شود اما می‌تواند در آیندهٔ بیمار نتیجه‌ای داشته باشد ممکن است بی مبالاتی و غفلت در پرستاری در نظر گرفته شود. برای مثال

1- Discharge planning 2- Maslow's Hierachy

بیمار چاقی با تشخیص مولتیپل اسکلروزیس و کاهش شدید قدرت عضلانی انتهاها ترجیح می‌دهد بیشتر طول روز را در بستر بماند و ممکن است ارزشی هم برای تعدیل رژیم غذایی و تغییر وضعیت قائل نباشد. پرستاری که از مشکل بالقوه جدی زخم فشاری آگاه است بایستی برای این تشخیص اولویت خاصی را در نظر بگیرد و علی‌رغم اکراه بیمار در برنامه مراقبتی خود ترکیبی از کنترل وزن و تغییر وضعیت را قرار دهد.

تفکر انتقادی و تثبیت اولویتها

انجام اولویت‌بندی نیاز به تفکر انتقادی دقیق دارد. آلفارو (۲۰۰۲، ص ۱۲۵) پیشنهاد می‌نماید پرستاران از خود سؤال نمایند:

۱ـ چه مشکلی نیاز به توجه فوری دارد و کدامیک می‌تواند منتظر بماند؟

۲ـ در مقابل کدام مشکل شما مسئولیت دارید و انجام کدام کار نیاز دارد به دیگری واگذار گردد؟

۳ـ کدام مسئله می‌تواند با استفاده از برنامه‌های استاندارد مورد بحث و بررسی قرار گیرد (استانداردهای مراقبتی، راههای ویژه و...)؟

۴ـ کدام مشکل توسط پروتوکل‌ها یا برنامه‌های استاندارد حل نمی‌شود اما باید مددجو جهت اطمینان در بیمارستان بماند و بعد از مدتی مرخص شود (یا خدمات ایمن سالم یا با کیفیت بالا)؟

به گذشته برگردید و دارلاجفرسون خانم باردار با تاریخچه سوء استفاده از مواد مخدر را به خاطر بیاورید. پرستار بایستی با استفاده از طرح ۴ پرسش و تفکر انتقادی مشکلات بیمار را که به توجه فوری نیاز دارد را شناخته و به آنها توجه نماید.

هنگامی که برنامه‌ریزی مراقبتی پرستاری روزانه انجام می‌شود توجه به ملاحظات زیر مفید خواهد بود:

- آیا تغییرات در وضعیت سلامت بیمار اولویتهای تشخیصهای پرستاری را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟ برای مثال در هنگام بازدید معمول از منزل یک فردبالغ پیر شواهدی دال بر احتمال سوء استفاده از وی وجود دارد.

مجموعهٔ جدیدی از اولویتهای مراقبتی مورد نیاز است که ممکن است نتیجهٔ آن تعیین تشخیص‌های جدید باشد.

- آیا تغییراتی در نحوهٔ پاسخگویی بیمار به سلامتی و ناخوشی یا برنامه مراقبتی که تحت تأثیر تشخیصهای پرستاری بوده وجود داشته که واقع گرایانه باشد؟ بطور مثال یک پرستار ممکن است تطابق غیر مؤثر فردی را به عنوان یک اولویت مهم در تشخیص‌های پرستاری برای بیمار پس از فراگیری تشخیص طبی و برنامه‌های مشاوره‌ای مقدماتی در نظر بگیرد. چنانچه بیماری مصرانه درخواست نماید که برای انجام کاری یک روز بیمارستان را ترک نماید پرستار مجبور است اولویتهای مراقبتی آن روز را تعدیل و اصلاح نماید.
- آیا ارتباطی بین تشخیص‌هایی که نیاز به کار کردن بر روی آنها وجود دارند قبل از این که توسط فرد دیگری حل شود وجود دارد؟
- آیا می‌توان چندین مشکل بیمار را با کمک یکدیگر مورد رسیدگی قرار داد؟

پس از پاسخ به این سؤالات پرستار تشخیص‌ها را به واسطه این که کدامیک بایستی مورد توجه قرار بگیرند طبقه‌بندی می‌نماید. اولویت‌بندی تشخیص‌ها پرستار را مطمئن می‌سازد که زمان و انرژی او مستقیماً و در ابتدا صرف مهمترین مشکلات بیمار می‌گردد.

تعیین و نگارش برآیندهای مورد انتظار (اهداف)

فراگیری و نگارش برآیندهای مورد انتظار بیمار با تمرین بدست می‌آید در این کتاب و کادر ۱ـ۱۴ راههایی وجود دارد که به شما در تعیین و نگارش برآیندهای مورد انتظار جهت انجام کار با بیمار با حداکثر تأثیر کمک می‌نماید.

کادر ۱ـ۱۴. راهبردهای ضروری برای نگارش برآیندهای مورد انتظار

- هر دسته از اهداف و پیامدها بایستی فقط از یک تشخیص پرستاری مشتق شده باشد.
- دست کم یکی از اهداف و پیامدها بایستی فقط از یک تشخیص پرستاری مشتق شده باشد.
- در صورت ضرورت هم برآیندهای مورد انتظار کوتاه مدت و هم برآیندهای مورد انتظار بلندمدت تعیین گردند.
- برآیندهای مورد انتظار مناسبی در حیطه‌های شناختی، عاطفی و روانی حرکتی تعیین گردد که سبب راهنمایی تغییرات مورد نیاز بیمار شود.
- بیمار و خانوادهٔ وی برای برآیندهای مورد انتظار ارزش قائل باشند.
- هر برآیند مورد انتظار خلاصه و اختصاصی (رفتارها و تظاهرات بالینی قابل مشاهده، اندازه گیری و واضح توصیف شود.) با جملاتی مثبت و دارای زمان خاص بیان شود.
- برآیندهای مورد انتظار تمامی برنامه‌های درمانی را حمایت نماید.

مشتق شدن برآیندهای مورد انتظار از تشخیص‌های پرستاری

اهداف از جملات بیان کننده مشکل در تشخیص‌های پرستاری بدست می‌آیند برای هر تشخیص پرستاری در برنامه مراقبتی سرانجام بایستی یک هدف نوشته شود که چنانچه دسترسی به آن امکانپذیر گردد با جمله‌ای که بیان کننده حل مستقیم مشکل باشد نشان داده می‌شود (جدول ۱ـ۱۴).

دیگر پیامدهای قابل انتظاری که در حل مشکل بیمار موثر است ممکن است نوشته شود. بطور مثال برای تشخیص پرستاری تغییر در وضعیت تغذیه‌ای: بیشتر از نیازهای بدن در ارتباط با مصرف مواد غذایی اضافی و عدم فعالیت کافی علاوه بر هدف در مدت ۱۲ هفته (تا تاریخ ۲۰۰۶/۶/۱۲) بیمار ۲۰ پوند کاهش وزن داشته تا به وزن مورد نظر ۱۲۲ پوند دست یابد. اهداف مقتضی دیگر عبارتند از: در مدت ۳ روز رژیم غذایی برابر با ۱۵۰۰ کالری داشته باشد. بیمار گزارش نماید که در طول هفته سه و نیم ساعت در حدود ۵ مایل در ساعت پیاده‌روی نماید.

اختلاف بین این اهداف و اهدافی که بیمار را به وزن مورد نظر می‌رساند یعنی تفاوت بین اهداف اولی و هدف دومی دستیابی به هدف بوده و ممکن است در حل مشکل بیمار دخالت داشته و برنامه مراقبتی آخری اشتباه باشد. بخاطر داشته باشید دست کم هر هدف در تشخیص‌های پرستاری باید مستقیماً بیان کننده حل مشکل بیمار باشد. طبقه‌بندی پیامدهای پرستاری با پیشنهاد پیامدهای مطرح شده توسط لوآو[1] برای اولین بار با زبانی استاندارد شده و جامع جهت توصیف پیامدهای مورد انتظار بیمار که سبب مداخلات پرستاری می‌باشد استفاده گردید (جانسون و همکاران[2]، ۲۰۰۱ـ۲۰۰۰) وجود یک حلقه ارتباطی بین انجمن تشخیص پرستاری شمال آمریکا و انجمن ملی طبقه‌بندی برآیندهای مورد انتظار یک دیدگاه جامع از برنامه‌ریزی مراقبتی را توسعه می‌دهد.

تثبیت برآیندهای مورد انتظار طولانی‌مدت در مقابل برآیندهای مورد انتظار کوتاه‌مدت

اهداف یا پیامدهای مورد انتظار ممکن است طولانی‌مدت یا کوتاه‌مدت باشد. در یک تعریف ساده می‌توان گفت پیامدهای بلندمدت جهت برآورده شدن نسبت به پیامدهای کوتاه‌مدت به زمان طولانی‌تر نیاز دارد (معمولاً بیشتر از یک هفته طول می‌کشد).

اهداف بلندمدت همچنین ممکن است به عنوان اهداف ترخیص مورد استفاده قرار گیرد. در چنین موردی برآیندهای مورد انتظار بطور کامل نوشته شده و به تمام افراد تیم پرستاری

جدول ۱ـ۱۴

Examples of Goals/ Outcomes to Relieve Problems

Problem Statement of the Nursing Diagnosis	Related Patient Goal/Outcome
Pain	Within 8 hours, patient will report pain is absent or diminished
Imbalanced Nutrition: More Than Body Requirements	By 12/6/06, patient will reach target weight of 122 lb
Impaired Physical Mobility	Before discharge, patient will ambulate length of hallway independently

آخرین نتایج طراحی شده مراقبت پرستاری از بیماران بخصوص را ابلاغ می‌نماید. برای مثال دو نفر خانم ۷۷ ساله بعد از عمل جراحی مشابه شکستگی مفصل ران چپ در واحد پرستاری اقامت نموده و مراقبت می‌شوند. یکی از این خانمها ۲ سال گذشته را در بستر و در یک واحد پرستاری خانه سالمندان سپری نموده است و دیگری که دچار شکستگی مفصل هیپ بوده در واحدی مراقبت شده که روزانه شنا می‌کرده است. مراقبت پرستاری از این افراد مشابه نبوده است بدلیل این که برآیندهای مورد انتظار طولانی‌مدت در آنها اختلاف داشته است ولوشاید اهداف کوتاه مدت در آنها مشابه بوده است (به مثالهای برآیندهای مورد انتظار کوتاه مدت و بلندمدت توجه نمایید و به کادر ۲ـ۱۴ نگاه کنید).

الیجا ولینسکی مرد پیر فلجی را که دچار زخم فشاری بود در نظر بگیرید. پرستار بایستی برآیندهای مورد انتظار بلند مدت بیمار را تثبیت نماید مانند: «در ناحیه ساکرال بیمار شواهدی از زخم فشاری مشاهده نشود» برآیند مورد انتظار کوتاه مدت بیمار عبارتست از: زخم فشاری ناحیه ساکرال بیمار علایمی از ترشح چرکی یک هفته پس از شروع مراقبت از زخم نشان ندهد. تا هفته دوم سایز زخم فشاری بیمار به کمتر از $\frac{1}{4}$ اینچ کاهش یابد. تا هفته دوم مراقبت دهنده بیمار متوجه علایم تسکین زخم فشاری در پوست وی در بستر شود.

1- Lowa
2- Johnson & et al

کادر ۲-۱۴. مثالهایی از برآیندهای مورد انتظار کوتاه‌مدت و بلندمدت

بیماری با استراحت در تخت از خانه سالمندان

برآیندهای مورد انتظار بلندمدت:

خانم گلدستین بدون درد با بهبودی زخم جراحی و با راستای مناسب اناتومیکی ساق پای چپ به خانه سالمندان بازگشته است.

برآیندهای مورد انتظار کوتاه مدت:

- در هر زمانی که بیمار مشاهده می‌شود با راستای صحیح دَر ساق پای راست در بستر خوابیده باشد (چنانچه دستور داده شده است از یک بالش جهت دور کردن پا از محور داخلی بدن استفاده گردد).
- قبل از ترخیص خانم گلداستین علایم ترمیم زخم ناحیه مفصل هیپ مشخص گردد (تقریباً سطح پوست فاقد علایم عفونت، قرمزی، تورم، گرما و ترشحات چرکی باشد).
- در هنگام مشاهده و ارزشیابی، بیمار گزارش نماید که از کنترل و ادارهٔ درد با توجه به شاخص دارودرمانی و راحتی و آسایش احساس رضایت می‌نماید.

بازگشت فعالانه بیمار از خانه سالمندان

برآیندهای مورد انتظار بلندمدت:

خانم سیلور استین بدون درد، با زخم درمان شده با حرکت کامل (تحمل وزن کامل توسط ساق پای چپ) و توانایی فعالیت‌های زندگی روزمره بشکلی مستقل به منزل شخصی و کنار همسرش بازگردد.

برآیندهای مورد انتظار کوتاه مدت:

- تا تاریخ ۲۰۰۶/۱/۲۸ بیمار بیان می‌نماید که با تمایل در برنامه‌های فیزیوتراپی شرکت می‌نماید.
- تا تاریخ ۲۰۰۶/۲/۴ بیمار حرکت کرده و (با کمک پرستار و واکر) به حمام برود (تحمل کامل وزن).
- تا تاریخ ۲۰۰۶/۲/۱۱ بیمار (بدون استفاده از واکر) تنها با کمک پرستار در اتاق خود حرکت نماید.
- اهداف تسکین زخم و درد با اهداف خانم گلداستین مشابه باشد.

برآیندهای مورد انتظار حیطه‌های شناختی، روانی، حرکتی و عاطفی

برآیند مورد انتظار ممکن است بر طبق نوع تغییر طبقه‌بندی گردد این اهداف توصیف کننده وضعیت بیمار می‌باشد (اهداف شناختی دانش یا رفتارهای عقلانی را در بیمار افزایش می‌دهد. برای مثال: یک روز پس از آموزش بیمار ۳ مزیت ادامه کاربرد کمپرس مرطوب بر روی زخم ساق پا را پس از ترخیص بیان نماید.

اهداف حیطه روانی حرکتی توصیف کننده دستیابی بیمار به مهارتهای جدید می‌باشد برای مثال: تاتاریخ ۲۰۰۶/۶/۱۲ بیمار بطور صحیح کاربرد پانسمان مرطوب، خشک را بر روی زخم پا نشان دهد. اهداف حیطه عاطفی تغییر در ارزشها، اعتقادات و نگرشها را توصیف می‌نماید.

نوشتن و ارزشیابی اهداف عاطفی مشکل است ممکن است اهداف عاطفی در حل مجموعه مشکلات بیمار دارای نقش ویژه‌ای باشدبرای مثال تا تاریخ ۲۰۰۶/۶/۱۲ بیمار بطور شفاهی ارزش کسب سلامتی در حد کفایت و تمرین رفتارهای جدید سلامتی جهت پیشگیری از عود زخم ساق پا را بیان می‌نماید. در این مثال، حتی اگر بیمار بطور عقلانی دلایل مراقبت از پاهایش را درک نماید و بتواند به نحو شایسته‌ای زخم موجود را اصلاح نماید تا زمانی که انگیزه مراقبت از خود را نداشته و تحریک نشده باشد دانش و مهارتهای کسب شده در دستیابی به برآیندهای مورد انتظار سلامتی بی‌نتیجه خواهد بود. مثالهای دیگری را از برآیندهای مورد انتظار می‌توانید در فصل ۱۶ ببینید.

در توسعه برآیندهای مورد انتظار از مشارکت بیمار و اقوام وی استفاده نمایید. یکی از مهمترین مداخلات در نگارش برآیندهای مورد انتظار تشویق بیمار و اقوام وی در مشارکت جهت توسعه اهداف می‌باشد تا جایی که توانایی‌ها و علاقه آنها اجازه دهد.

مشارکت بیشتر بیمار و اقوام وی سبب افزایش احتمال دستیابی به اهداف خواهد شد در هنگام توسعه برآیندهای مورد انتظار بایستی پرستار و بیمار به جملات بیان کننده مشکل از تشخیص‌های پرستاری نگاه کنند و از خود سؤال نمایند «چه تغییراتی در بیمار و یا اهداف وی سبب پیشگیری یا حل این مشکل می‌گردد؟» چنانچه پاسخ با استفاده از کلمات به شکلی دقیق استفاده گردد و اهداف و پیامدهای مورد انتظار بیمار مشخص شده باشد مشکل با سهولت بیشتری حل می‌شود.

تعیین برآیندهای مورد انتظار حمایت کننده از تمام برنامه‌های درمانی

در هنگام تعیین برآیندهای مورد انتظار این نکته مهم را به خاطر بسپارید که پرستاران پرستار مردم هستند نه مشکلات آنها. این بدان معنی است که هر هدفی را که شما می‌نویسید بایستی برنامه‌های جامع درمانی بیمار را حمایت کند و این حس را در بیمار ایجاد کند که این برنامه تمام اهداف را پوشش می‌دهد. برای مثال تعیین اهداف تغذیه‌ای برای بیماری که وزن از دست داده است گرچه مناسب باشد اما چنانچه این بیمار در بیمارستان در هنگام بستری فوت نماید ممکن است این برآیند مورد انتظار مقتضی نبوده و با اهداف کلی مددجو مرگی آرام توأم با رعایت شأن انسانی سازگار نباشد.

نوشتن برآیندهای مورد انتظار قابل اندازه‌گیری

- موضوع: بیمار یا بخشی از بیمار
- فعل: بر روی رفتاری که بیمار انجام می‌دهد دلالت نماید.

- شرایط: در برآیندهای مورد انتظار ویژگیهایی را که بایستی به آنها دست یافت را تعیین کنید.
- نوشتن معیارها: برآیندهای مورد انتظار بیمار را با واژه‌های قابل مشاهده و اندازه‌گیری در رفتار و تظاهرات بیمار توصیف نمایید.
- زمان هدف: زمانی را که انتظار دارید بیمار بتواند به برآیندهای مورد انتظار دست یابد را تعیین کنید.

افعال سودمند قابل اندازه‌گیری در نگارش برآیندهای مورد انتظار عبارتند از:

● تعریف کردن	● توصیف کردن
● آماده نمودن	● انتخاب کردن
● مشخص کردن	● شرح دادن
● طراحی کردن	● برگزیدن
● فهرست کردن	● بکار بردن
● صحبت کردن	● نشان دادن

معیار زمان باید حقیقی و واقع بینانه باشد. همچنین می‌توان از جملاتی که بر زمان خاصی دلالت می‌کند استفاده نمود مانند «قبل از ترخیص»، «بعد از دیدن فیلم» و یا «هر زمانی که مشاهده می‌شود» مثالهای زیر برآیندهای مورد انتظار قابل اندازه‌گیری را نشان می‌دهد.

- در طی مدت ۲۴ ساعت آینده بیمار در مجموع ۲۰۰ سی‌سی مایعات دریافت نماید.
- در ویزیت بعدی ۲۰۰۶/۱۲/۲۳ بیمار حرکات ورزشی آرامسازی را به نحوی صحیح نشان دهد. استفاده از این شاخصها در شرایط ویژه در هنگام نگارش اهداف چنانچه این اطلاعات برای پرستاران دیگر سودمند باشد مفید واقع می‌گردد (مثلاً قبل از ترخیص، بیمار به طور مستقل طول راهرو را قدم زده و سپس برگردد، استفاده از کرست گردنی فیلادلفیا جهت حمایت ستون فقرات گردنی)

اشتباهات شایع

اشتباهات شایع در هنگام نگارش برآیندهای مورد انتظار بیمار شامل موارد زیر است:

- بیان برآیندهای مورد انتظار بیمار به عنوان مداخلات پرستاری

اشتباه: توصیه به آقای مایر جهت نوشیدن ۶۰cc مایعات هر ۲ ساعت در زمان بیداری

صحیح: آقای مایر از تاریخ ۲۰۰۶/۲/۲۴ هر ۲ ساعت در هنگام بیداری مایعات می‌نوشد.

- استفاده از افعالی که قابل مشاهده و اندازه‌گیری نیستند.

اشتباه: خانم گاستون می‌داند که چطور نوزادش را حمام نماید.

صحیح: پس از گذراندن دوره مراقبت از نوزاد، خانم گاستون به طور صحیح حمام کردن نوزادش را نشان خواهد داد. در هنگام نگارش برآیندهای مورد انتظار از کاربرد کلماتی مانند دانستن، درک کردن، آموختن و آگاه شدن خودداری نمایید. این افعال عمومی و غیر قابل اندازه‌گیری هستند. همان طوری که در فهرست قبل اشاره گردید افعال سودمند در نگارش اهداف پیامدها قابل مشاهده و اندازه‌گیری می‌باشند.

- کاربرد بیش از یک هدف رفتاری یا تظاهرات رفتاری بیمار در اهداف و پیامدهای کوتاه مدت

اشتباه: بیمار خطرات سیگار کشیدن را فهرست نموده و سیگار کشیدن را متوقف نماید.

صحیح: در جلسه آینده ۲۰۰۶/۳/۱۱، بیمار (۱) سه خطر سیگار کشیدن را تعیین نماید و (۲) برنامه‌ای را توصیف کند که نشان دهد وی تمایل دارد جهت توقف سیگار کشیدن تلاش نماید. تا تاریخ ۲۰۰۶/۶/۲۰ بیمار گزارش نماید که مدتی طولانی است که سیگار نمی‌کشد.

- نگارش اهداف و پیامدهای مبهم که سبب عدم اعتماد پرستاران دیگر به اهداف مراقبت پرستاری می‌گردد.

اشتباه: بیمار بهتر تطابق خواهد کرد.

صحیح: پس از آموزش تا تاریخ ۲۰۰۶/۱۰/۲۰ بیمار (۱) دو استراتژی جدید تطابق را که تمایل دارد از آنها استفاده نماید توصیف کند و (۲) نشان دهد که شیوع استفاده از رفتارهای تطابقی غیر موثر کاهش یافته است (افراط در سیگار کشیدن، انزواطلبی، افراط شدید در مصرف الکل)

توسعه استراتژیهای ارزشیابی

نگارش خوب اهداف، استراتژیهای ارزشیابی مورد استفاده توسط پرستار را مشخص می‌نماید. اهداف و پیامدهای بیمار تا زمانی که پرستاران پیشرفت به سمت دستیابی به آنها را توسط بیمار ارزشیابی نکنند، بی‌معنی و بدون مفهوم می‌باشد. پرستار بایستی تاریخ اهداف و پیامدها را نوشته و تاریخ دستیابی به آنها را نیز ثبت نماید. جملات ارزشیابی (کادر ۳-۱۴) شامل جملاتی درباره دستیابی به اهداف و پیامدهای طراحی شده و (دست یافته به بخشی از اهداف، دست یافته به تمام اهداف، عدم دستیابی به اهداف) فهرست رفتارهای حقیقی بیمار بوده که از این جملات حمایت می‌کند چنانچه دستیابی به برنامه میسر نگردد بایستی در جملات ارزشیابی از توصیه‌هایی جهت اصلاح برنامه مراقبتی استفاده شود. در فصل ۱۶ بررسی اجزاء ارزشیابی فرآیند پرستاری بحث شده است.

کادر ۳ـ۱۴. جملات ارزشیابی

نحوه دستیابی بیمار به اهداف و پیامدهای قابل انتظار را (آیا کاملاً دست یافته، به بخشی از آن‌ها دست یافته و یا دست نیافته را) ثبت نمایید.

جمله هدف، برآیندهای مورد انتظار:
از تاریخ ۲۰۰۶/۶/۸ بیمار نیمی از طول راهرو را با کمک روزی ۳ مرتبه طی نماید.

جمله ارزشیابی: تاریخ ۲۰۰۶/۶/۸ دستیابی به بخشی از اهداف: بیمار از حرکت طی مدت صبح امتناع می‌ورزد اما روزی یک مرتبه بعد از ظهرها با کمک یک پرستار تا حمام راه می‌رود.

توصیه: دلایل پیشرفت حرکت در بیمار را مرور نمایید. انگیزهٔ بیمار را در افزایش استقلال ارزیابی نمایید.

تعیین مداخلات پرستاری

مداخلات پرستاری درمانهایی است بر اساس قضاوت و دانش بالینی که پرستار جهت دستیابی به برآیند مورد انتظار بیمار انجام می‌دهد (مک کلوسکی و بولچک ۲۰۰۰) این مداخلات شامل مداخلات مقدماتی پزشک، پرستار و مداخلات مشترک می‌باشد.

مداخلات شروع شده توسط پرستار

یک مداخله شروع شده توسط پرستار عمل مستقل بر اساس منطقی علمی است که پرستار اعمال سودمند برای بیمار را با استفاده از راههای قابل پیش‌بینی توسط تشخیص‌های پرستاری و طرح برآیندهای مورد انتظار انجام می‌دهند.

مداخلات پرستاری اعمالی هستند که توسط پرستار انجام می‌شود در جهت:

۱ـ کنترل وضعیت سلامت
۲ـ کاهش خطرات
۳ـ حل کردن پیشگیری یا ادارهٔ مشکل
۴ـ تسهیل فعالیتهای مستقل و یا کمک در انجام فعالیتهای روزمره زندگی
۵ـ ترفیع داشتن بهترین حس فیزیکی، روحی روانی و نفسانی (آلفارو، ۲۰۰۲، ص ۱۴۲)

مداخلات مستقل شروع شده توسط پرستار نیازی به دستور پزشک ندارد (یا دیگر اعضاء تیم درمان) مداخلات مستقل پرستاری شبیه به اهداف بیمار می‌باشد. آنها از تشخیص‌های پرستاری مشتق شده‌اند اما نظر به این که شکل بیان شده در تشخیص پرستاری اهداف بیمار را پیشنهاد می‌نماید آن چیزی که مداخلات پرستاری را مشخص می‌نماید علل مسبب ایجاد مشکل (اتیولوژی) می‌باشد (شکل ۲ـ۱۴).

پرستاران کارآمد مداخلات پرستاری را انتخاب می‌نمایند که خصوصاً به عواملی که سبب ایجاد مشکل می‌گردد و یا در شکل‌گیری مشکلات بیمار شرکت دارد اشاره نماید. برای مثال بسیاری از عوامل درجاتی مؤثر هستند مانند: نارسایی در دانش تغذیه، غذاهای با کالری بالا و سرعت جذب بالا، عادت به خوردن وعده‌های غذایی کوچک و زیاددر طول زندگی، محدودیت در بودجه غذایی، تمرینات ورزشی کم و اعتماد به نفس پایین. پرستار با بیماری که تمایل به کاهش وزن دارد کار می‌کند می‌تواند در تمام عواملی که ذکر شد با بیمار بحث وتبادل نظر نماید. اما تنها این دیدگاه کافی نمی‌باشد. هنگامی‌که تشخیصهای پرستاری با دقت توسعه یافت عوامل مؤثر در ایجاد مشکل اختصاصی وزن بیمار را تعیین می‌نماید و مداخلات پرستاری را می‌توان با بحث دقیق بر روی این عوامل انتخاب نمود.

خانم گلنداکرانک خانمی که در نظر داشت به تناسب اندام برسد را به یاد بیاورید. بر اساس ارزیابی اولیه پرستار مشخص نمود که عواملی که نقش مهمی در وضعیت فعلی بیمار دارد چیست؟ همچنین تشخیص‌های پرستاری توسعه یافته و برآیندهای مورد انتظار مقتضی و مداخلات پرستاری مناسب را تعیین نمود. برای مثال چنانچه بیمار سالهای گذشته تحرک مناسبی نداشته، مداخلات باید بر روی افزایش میزان فعالیت بیمار متمرکز شود. بنابراین ارتقاء جامع سلامتی و تناسب اندام وی به این عامل و برطرف کردن آن بستگی دارد. همینطور مداخلات پرستاری برای بیماری با تشخیص تغییر در تغذیه بیشتر از نیاز بدن در ارتباط با الگوی عادت وعده‌های غذایی در طول زندگی و مصرف زیاد غذاهایی با سرعت جذب بالا و کالری بالا ممکن است شامل آموزش دربارهٔ محتوی کالری و چربی در غذاهایی با جذب سریع و کشف‌راههایی که بیمارمی‌تواند الگوهای عادتی خوردن خود را به نحوی تنییر دهد تا به تعادل وعده‌های غذایی با کالری کمتر دست یابد. بنابراین هر بیماری با مسئله وزن، پرستاری یکسانی ندارد. هنرپرستاری تعیین‌دقیق مداخلات مخصوص پرستاری جهت برآورد نیازهای فردی بیمار می‌باشد.

تعین و انتخاب مداخلات مناسب پرستاری

بعد از این که اهداف و برآیندهای مورد انتظار بیمار نوشته شد پرستار مداخلات پرستاری متنوعی را جهت کمک به بیمار در دستیابی به این اهداف و پیامدها تعیین می‌نماید. سیستم طبقه‌بندی مداخلات پرستاری اولین فهرست منابع ارزشیابی شده مداخلات پرستاری عملی در تمام موقعیت‌های بالینی را که پرستاران با تخصص‌های مختلف می‌توانند استفاده نمایند تعیین کرده و به طور وسیعی تعیین مداخلات مقتضی را تسهیل می‌نماید (مک کلوسکی، بول چک، ۲۰۰۰).

قسمت اول تشخیص پرستاری (جمله بیان‌کننده مشکل)
● تعیین پاسخ متقابل بیمارگونه
● چه چیزهایی تغییر می‌یابد

● پیشنهاد اهداف برآیندهای مورد انتظار (مورد انتظار برای تغییر)

دومین قسمت تشخیص‌های پرستاری
(علت‌شناسی)
● تعیین عوامل مسبب یا مداخله کننده در پاسخ‌های متقابل طراحی نشده و تغییر در طرحهای پیشگیری

● پیشنهاد مداخلات پرستاری

شکل ۲-۱۴. مشتق شدن اهداف، برآیندهای مورد انتظار و دستورات پرستاری از تشخیص‌های پرستاری

ممکن است مثالهای متنوعی در استفاده از سیستم طبقه‌بندی مداخلات پرستاری (NIC)[1] جهت تسهیل در برنامه‌ریزی برای مشکلات سلامتی بیمار در هر فصلی از این کتاب دیده شود. تأثیر مثبت پرستار با دانش و آگاهی وی از استراتژیهای متنوع پرستاری نسبت مستقیم دارد. به اختلاف نحوه انتخاب مراقبت‌های پرستاری که به وسیله ۳ پرستاری که طریقهٔ مراقبت پرستاری از دو نفر خانم که بعد از زایمان به روش سزارین از درد ناحیه برش جراحی شکایت داشته‌اند توجه نمایید این ۳ روش مراقبتی توسط پرستاران توصیف شده است:

پرستار الف:

● کنترل کنید و ببینید چه نوع داروهای تعدیل کننده درد توصیه شده و چنانچه محدودهٔ زمانی مناسب است این داروها را به بیمار بدهید.

پرستار ب:

● چنانچه کاربرد دارد داروی ضد درد را تجویز نمایید.
● تأثیر داروهای کنترل کننده درد را که دستور داده شده است را ارزیابی نمایید.

پرستار ج:

● کیفیت درد را ارزیابی کنید و احتمال تأثیر عوامل از قبیل: تأثیر افزایش گاز در شکم یا دلواپسی در ارتباط با نوزاد، خودش و یا عضو دیگری از خانواده را در نظر داشته باشید.
● جهت حمایت بیمار و تشویق مادر به سهیم کردن شما در نگرانیهایش به شکلی مناسب توسط گوش کردن مؤثر (لمس مناسب) با وی ارتباط برقرار نمایید.
● وضعیت بیمار را در بستر تغییر دهید.
● پشت وی را ماساژ دهید.
● چنانچه موقعیت مناسبی وجود دارد، فعالیتهایی را به وی پیشنهاد نمایید که سبب اختلال در توجه و تمرکز بیمار از درد گردد (مانند نگاه کردن به فیلم مراقبت از نوزاد یا گوش کردن به موسیقی).
● داروهای تجویز شده برای درد را به بیمار داده و تأثیر آن را مشاهده نمایید.
● در هنگام تجویز دارو: جهت تأثیر بیشتر از جملاتی که بر روی تأثیر مثبت دارو تأکید دارد استفاده نمایید: «این دارو در مدت ۱۰ دقیقه درد را از شما دور نموده و به شما کمک می‌نماید تا آرام شوید».

این احتمال وجود دارد که جهت دستیابی به اهداف و پیامدهای بیمار نیاز به تجویز داروهای ضد درد باشد. «در ارزیابی ۲ ساعته از بیمار، عدم وجود درد و یا وجود حداقل درد را گزارش نماید» در نمونه مطرح شده هر سه پرستار در انجام مراقبت‌های پرستاری و برطرف کردن نیاز بیمار مؤثر بودند بهرحال احتمال زیادی وجود دارد که داروی تجویز شده کارآمد نبوده یا درد با ترس مادر در ارتباط با مراقبت از نوزاد جدید و احتمال اختلال در رابطه با همسر و در نتیجه نگرانی از مراقبت نامناسب از بچه ترکیب شده و سبب عدم کارایی دارو گردد بنابراین پرستار «ج» فردی که از دانش جامع‌تری برخوردار است احتمالاً در حل

1- The Nursing Interention Classification system (NIC)

مشکل بیمار مؤثرتر و موفق‌تر خواهد بود. تنوع در خدمات مهارتی پرستاری استفاده مناسب از سکوت، گوش کردن توأم با احترام، شوخی، آموزش، مشاوره و لمس همه می‌توانند خود استراتژی‌های مؤثر پرستاری باشند.

پرستارانی که صرفاً انجام وظیفه می‌نمایند و با استفاده از روشهای مکانیکی سعی در برطرف کردن هر مشکلی در بیمار دارند در تأثیر خدمات دچار محدودیتهایی هستند. هنگامی که مداخلات پرستاری را برای هر بیمار انتخاب می‌نمایید از راهبردهای کادر ۴ـ۱۴ استفاده نمایید. استفاده از این راهبردها سبب افزایش بیشتر احتمال دستیابی به برآیندهای مورد انتظار تعیین شده می‌گردد.

انجام ارزشیابی پرستار را قادر می‌سازد تا تأثیر مداخلات انتخاب شده را مشخص نماید. محققین پرستاری در حال تلاش برای تثبت الگوهای آماری جهت پیش‌بینی احتمال موفقیت مداخلات پرستاری انتخاب شده می‌باشند. پرستاران با صلاحیت و شایسته از یافته‌های پژوهش (علوم پرستاری) تجربه و آگاهی از وضعیت بیمار (هنر پرستاری) در کمک به انتخاب مداخلات مؤثر پرستاری استفاده می‌نمایند. مشاوره با پرستاران آموزشی و ادامه آموزش (آموزش ضمن خدمت) پرستار را قادر می‌سازد تا بینش خویش را در ارتباط با مشکلات بیمار به شکل مؤثری ارتقاء دهد.

نگارش مداخلات اولیه پرستاری در طرح برنامه مراقبتی

مداخلات پرستاری با نوشتن توصیف می‌شود بنابراین سبب ارتباط بین اعضای تیم پرستاری و تیم مراقبتی بهداشتی می‌گردد مراقبت‌های اختصاصی پرستاری برای بیمار اجراء می‌گردد. بر اساس الگوی زیر مداخلات پرستاری را به شکل مناسب بنویسید:

- به بیمار کمک نمایید تا به برآیندهای مورد انتظار و اهداف اختصاصی که در ارتباط مستقیم با هدف وی باشد دست یابد.
- اعمال پرستاری را که بایستی انجام شود را واضح و مختصر توصیف نمایید (به سؤالات چه کسی؟ چه؟ کجا؟ چه موقع؟ و چطور؟ پاسخ دهید).
- تاریخ نگارش و زمان برنامه مراقبتی ثبت شده است؟
- پرستاری که مداخلات پرستاری را توصیه نموده است. زیر برنامه نوشته شده را امضاء کرده است؟
- فقط از علایم اختصاری پذیرفته شده در مؤسسه استفاده نمایید (این اختصارات به طور معمول در قوانین ثبت شده مؤسسه مشخص شده است: یک فهرست علایم اختصاری پذیرفته شده استاندارد در فصل ۱۷ ارایه شده است).

کادر ۴ـ۱۴. راهبردهای لازم جهت انتخاب مداخلات پرستاری

- استفاده از واژه‌های مناسب در تشخیص‌های پرستاری و پیامدهای وابسته به بیمار
- منطبق بودن با یافته‌های پژوهش و استانداردهای مراقبتی
- استفاده از واژه‌هایی واقع‌بینانه نسبت به توانایی‌ها، زمان و منابع در دسترس برای پزشک و پرستار
- سازگاری با ارزشها، اعتقادات و زمینه‌های روانی اجتماعی بیمار
- ارزش‌گذاری بر روی مداخلات توسط بیمار و خانواده وی هر زمانی که امکان دارد.
- سازگاری با برنامه‌های درمانی دیگر

- جهت انجام مراحل روتین مهارتهای طولانی‌مدت پرستار را به مهارتهای ثبت شده توسعه یا دیگر منابع اطلاعاتی موجود ارجاع نمایید.

برطبق مثالهای زیر مداخلات پرستاری را به شکل مناسب بیان نمایید:

- پیشنهاد نوشیدن ۶۰cc آب یا آب میوه (ترجیحاً آب پرتقال یا آب میوه‌های شیرین) هر ۲ ساعت در زمان بیداری برای مصرف حداقل ۵۰۰cc مایعات از راه دهان
- به بیمار ضرورت کنترل دقیق جذب و دفع مایعات را آموزش دهید. به بیمار خاطرنشان نمایید که در هر شیفت کاری میزان جذب و دفع مالیات و اختلاف آن در فرم کنار تخت وی ثبت می‌گردد.
- در هنگام بیداری بیمار هر ۲ ساعت (حتی هر یکساعت) بیمار را تا حمام جهت دفع همراهی نمایید. مجموعه مداخلات پرستاری ثبت شده که در دستیابی به اهداف و پیامدهای مورد انتظار به بیمار کمک می‌نماید، بایستی جامع و کامل باشند مداخلات پرستاری جامع بایستی خصوصاً عوامل زیر را بیان نماید: چه مشاهداتی (ارزیابی‌های) بایستی انجام شود و غالباً چطور بایستی انجام شود؟ چه مداخلات پرستاری نیاز است انجام شود و چه موقع آن را باید انجام داد؟ چه آموزشها، مشاورها و حمایت‌هایی را بیمار و خانواده‌اش نیاز دارند.

بیشتر مجموعه مداخلات پرستاری ناکافی است زیرا این مداخلات در پاسخ به نیازها، اهداف اختصاصی یا مشکل اختصاصی است که در ارزیابی بخوبی اولویت‌بندی نشده است. سناریویی که در شروع فصل به نام گلندا کرانک مطرح شد را مرور کنید. پرستار نیاز به تثبیت اولویت‌بندی ارزیابی دارد. برای مثال در هنگام کمک به گلندا، چه کسی می‌خواهد وی را به وزن مورد نظر برساند، مداخلات پرستاری مقتضی ممکن است شامل موارد زیر باشد. تا تاریخ ۲۰۰۶/۶/۱۷ بصورت پویا ۲

مورد زیر را مورد بررسی قرار دهد: (۱) انگیزهٔ بیمار برای شرکت در برنامه‌های کاهش وزن (۲) عواملی که بر روی کاهش وزن تأثیر مثبت یا منفی دارد.

همین طور غالباً فرض بر این است که تمام بیماران نیازهای آموزشی مشابهی دارند. هیچ چیزی با ارزش‌تر از حقیقت نیست. در حقیقت بیشتر بیماران اطلاعات پایه عالی دارند (حتی ممکن است اطلاعات آنها در زمینه بیماری خاصی بیشتر از فرد پرستار هم باشد) ممکن است نیاز آنها به پرستاری به جای آموزش نیاز به مشاوره باشد به طوری که بیاموزند چگونه با بیماری مزمن خویش زندگی کنند. مداخلات پرستاری جامع به نیازهای فردی بیمار وابستگی کامل دارد.

مداخلات شروع شده توسط پزشک

مداخلات اولیه پزشک مداخلاتی است که توسط پزشک در پاسخ به تشخیص‌های طبی بیمار شروع می‌شود اما توسط پرستار در پاسخ متقابل به دستورات پزشک انجام می‌شود. برای مثال پزشکی که مشغول معاینه کردن بیماری است که به علت تصادف با وسیله نقلیه موتوری به اورژانس منتقل شده است ممکن است از پرستار درخواست نماید یک داروی تسکین دهنده درد به بیمار تجویز نماید و برنامه زمانبندی مناسبی جهت انجام رادیوگرافی‌های مختلف و سایر تستهای تشخیصی تدوین کند. پرستاری که این مداخلات را انجام می‌دهد در واقع مداخلات اولیه پزشک را اجرا نموده است. پزشک و پرستار هر دو در مقابل این مداخلات مسئولیت قانونی دارند و از پرستاران انتظار می‌رود که دربارهٔ چگونگی اجرای مداخلات به نحوی ایمن و موثر بصیرت کافی داشته باشند. پرستارانی که مداخلات اولیه پزشک را مبهم دانسته و سؤال مناسب بودن این اقدامات برایشان مطرح است. بر طبق قانون در مقابل طبقه‌بندی دستورات و کنترل آنها با افراد مسئول ذیصلاح مسئولیت دارند.

تحت هیچ شرایطی نبایستی یک پرستار مداخلاتی را که سؤال برانگیز است را اجرا نماید حتی در صورتی که اضطرار پزشک و دیگر افراد حرفه‌ای تیم مراقبتی و درمانی مطرح است. در فصل ۷ به مسئولیت‌های قانونی پرستاران نسبت به اعمال مختلف پرستاری اشاره شده است.

مداخلات مشترک

همچنین پرستاران درمانهایی را انجام می‌دهند که توسط افراد دیگر مانند پزشک داروساز، فیزیوتراپیست تنفس یا دستیار پزشک مهیا می‌گردد. عاقبت ممکن است پرستاران در مراقبت از بیماری که دچار حوادث موتوری شده است از مداخلات نوشته شده توسط فیزیوتراپ کار درمان یا دیگر اعضاء تیم مراقبتی درمانی استفاده نمایند.

شناخت روش مراقبتی ساختاربندی شده

تلاش جهت دستیابی به مراقبت‌های پرستاری استاندارد شده اشکال متفاوتی دارد. دیدگاههای متفاوت مردم در دهه‌های مختلف شامل موارد زیر می‌باشد:
اعمال مهارتی (دهه ۱۹۶۰)، استانداردهای مراقبتی (دهه ۱۹۷۰)، الگوریتم (دهه ۱۹۸۰) و راهبردهای اختصاصی جهت اعمال بالینی (دهه ۱۹۹۰).
هریک از این اهداف سبب تسهیل در مراقبتی هدفمند، کاهش ریسکهای قانونی و تقلیل هزینه‌های مراقبتی درمانی می‌گردد. توصیف هریک از این دیدگاهها شامل موارد زیر می‌باشد:

- اعمال مهارتی: مجموعه‌ای از مراحل انجام فعالیتها و وظایف بالینی بوده که در آن چگونگی اجرای مرحله به مرحله مهارت مشخص گردیده است.
- استانداردهای مراقبتی: توصیف سطحی قابل قبول در مراقبت یا انجام اعمال حرفه‌ای برای بیمار.
- الگوریتم: مجموعه‌ای از مراحلی است که تقریباً تکنسین‌های ماهر در تصمیم‌گیری و انجام اعمال مهارتی استفاده می‌نمایند. بطور نمونه استفاده از قوانین بالینی در ثبت و ترسیم چارت‌های حیاتی.
- راهبردهای اختصاصی در انجام اعمال بالینی: جمله یا مجموعه‌ای از جملات است که تیتر اعمال مناسب برای شرایط یا اعمال مهارتی را مشخص می‌نماید.

استفاده از راهبردهای ملی مانند انتشار این راهبردها توسط مؤسسات ایالات متحده آمریکا برای تعیین خط مشی مراقبتی بهداشتی و پژوهشی براساس آخرین و جامع‌ترین شواهد علمی و تجزیه و تحلیل‌های افراد آگاه و ماهر برای مرکز مراقبتی درمان و بهداشتی. چندین مؤسسه تحقیقاتی که این راهبردها را منتشر کرده‌اند شامل: (AHRQ;http://www.ahrq.gov) و (http://www.cochrane.org/cochrane-brochhtm#cc and htt://www.update-sofl war.com /cochranes)
در این سایتها می‌توان آخرین استانداردهای علمی را که توسط افراد با تجربه تجزیه و تحلیل شده را پیدا نمود. آن استانداردها را می‌توان جهت مراقبت و ارزشیابی بیماران با تشخیص یکسان به کار برد. جدول کادر ۵-۱۴ ساختار و روشهای مراقبتی مختلف را با یکدیگر مقایسه می‌نماید. مثالهای اضافی را ممکن است در فصل ۱۶ پیدا نمایید.

کادر ۵-۱۴. سبک‌شناسی ساختارهای مراقبتی

الگوریتم:

- مفید برای ادارهٔ مشکلات توسط همکاران هم گروه و یا گروههای پایین‌تر، ممکن است بالاترین سطح راهکارهای ویژهٔ جهت ارایه مراقبت‌های خاص و یا حل مشکلات خاص باشد.
- دو شاخه شدن تصمیمات جهت راهنمایی فرد برای ارزیابی و مداخله
- سخت و خاص، نه منعطف
- ممکن است در روش‌های تحقیقی تحلیلی برای اطمینان از سبب و تأثیر استفاده شود.

راهکارهای ویژه:

- نشان دادن نظم دیسیپلین و حداقل اعمال استاندارد برای یک بیمار مخصوص از یک جمعیت
- انعطاف برای مراقبت‌های بعدی و دستیابی به نیازهای فردی بیمار
- فرمهای اختصاصی خلاصه شده، کاربرد گسترده
- مرحله به مرحله
- توانایی اندازه‌گیری علت و تأثیر و ارتباط بین روش مراقبت و برآیندهای مورد انتظار بیمار به دست نیامده بدلیل عدم کنترل و تغییر برآیندهای مورد انتظار بیمار که ممکن است توسط این کار با تلاش مشترک تیم دسترسی به اهداف تسهیل گردد.

راهبردها

- گسترده بوده و توصیه‌هایی بر اساس تحقیقات علمی می‌باشد.
- ممکن است در عرصه‌های بالینی آزمایش شده باشد و یا آزمایش نشده باشد.
- درمراقبت‌های ساختاربندی شده دارای سبک منابع عملی مفیدی می‌باشد.
- مکانیسمی برای اطمینان از اجرای کامل آنها در هنگام اعمال مراقبتی وجود ندارد.

مجموعه دستورات

دستور چاپ شده و مهیا شده قبلی جهت اجرای سریع فرآیندهای مراقبتی استاندارد در مواردی که قبلاً توسط تحقیقات تحلیلی معتبر شده است.

- تکمیل و افزایش اعمال استاندارد
- می‌تواند در الگوریتمها یا فرمهای مخصوص پروتوکلها مورد استفاده قرار می‌گیرد.

پروتوکلها

- تجویز مداخلات درمانی مخصوص برای مشکلات خاص بالینی توسط همکاران یا گروههای پایین‌تر برای بیماران
- چند کاربردی ممکن است از اعمال تعیین شده بیشتر از یک مورد استفاده شود.
- کاربردی وسیع و اختصاصی نسبت به الگوریتم اجازه می‌دهد برای روشهایی که انعطاف کمی دارد بوسیله انتخاب درمانهای مناسب وضعیت مناسبی در مراقبت‌های ویژه ایجاد شود.

مشاوره

پرستار برنامه‌های مراقبتی را طراحی می‌نماید که ممکن است متوجه گردد که در ارتباط با ماهیت مشکلات نیاز به اطلاعات بیشتری برای پرستاران یا مداخلات اختصاصی در ارتباط با این مشکلات می‌باشد. مشاوره فرآیندی است که بر اساس آن از تجربیات و مهارتهای مختلف دو یا چند نفر جهت بحث پیرامون مشکل و حل آن استفاده می‌شود که ثابت شده غالباً سودمند می‌باشد. پرستار ممکن است با پرستاران متخصص و دیگر اعضاء تیم مراقبتی بهداشتی شامل پزشکان متخصصین تغذیه، مددکاران اجتماعی، متخصصین فیزیوتراپی، افراد روحانی و متخصصین علم اخلاق مشاوره نماید. مشاوره جهت توسعه دانش پرستاران و توسعه استراتژیهای مؤثر مراقبتی موجود بسیار ارزشمند است.

تمرین انعکاسی را که دارلا جفرسون در آن توصیف شده است را مرور کنید. پرستار برای کمک گرفتن جهت حل مشکلات بیمار بایستی با دیگر اعضاء تیم بهداشتی مراقبتی مشاوره نماید. برای مثال پرستار ممکن است جهت دارو درمانی (اعتیاد) از سرویسهای اجتماعی کمک بگیرد و با آنها مشاوره نماید. بیمار تصمیم گرفته است فرزندش را نگه دارد بنابراین استفاده از سرویسهای اجتماعی در این بیمار سودمند خواهد بود سرویسهای از قبیل تهیه غذای مناسب استاندارد برای نوزاد، کمک گرفتن از دولت برای تهیه منزلی مناسب و پیگیری حقوق فرد در جامعه. مشاوره با متخصصین تغذیه در ارتباط با برطرف کردن نیازهای تغذیه‌ای خود دارلا و جنین وی در زمان بارداری و قبل از زایمان و همین طور اطمینان از این که نوزاد پس از تولد غذای مناسب و کافی برای رشد و تکامل دریافت می‌کند.

برقراری ارتباط و ثبت برنامه مراقبت پرستاری

برنامه مراقبت پرستاری (برنامه مراقبت از بیمار) نوشته شده راهنمایی‌های لازم جهت تلاش پرستاران در سیستم‌های پرستاری برای کار با بیمار و دستیابی به اهداف سلامتی وی را تعیین می‌نماید. این برنامه تشخیصهای پرستاری، اهداف و برآیندهای مورد انتظار و مداخلات تیم پرستاری را مشخص می‌نماید نوشتن برنامه مراقبتی مناسب منافع زیادی برای بیمار، پرستار، واحد پرستاری، تجویزهای پرستاری و حرفهٔ پرستاری دارد. بطور مقدماتی طرحهای مراقبت پرستاری اطمینان می‌دهد که تیم پرستاری با کفایت عمل کرده تا مراقبت از بیمار جامع، اختصاصی و هدف محور انجام شود.

نگارش یک برنامه مراقبتی پرستاری خوب دستیابی به اهداف زیر را امکان‌پذیر می‌نماید:

- نشان دادن فلسفه مؤثر پرستاری و مزایای پرستاری برای چهار هدف: ارتقاء سلامتی، پیشگیری از بیماری و ناخوشی، ارتقاء بهبودی، تسهیل تطابق با تغییر در عملکرد.
- آیا برنامه توسط پرستاری که بهترین شناخت را از بیمار داشته، آماده شده است و آیا در روز حضور بیمار برای درمان و مراقبت بر طبق خط مشی و قوانین مؤسسه ثبت شده است.

برنامه مراقبتی مقدماتی تعدیل شده تاریخ و امضاء دارد.

- آیا پاسخی به نیازهای فردی و اختصاصی بیمار می‌باشد.
- تعیین واضح کمکهای پرستاری جهت برآورده شدن نیازهای بیمار و تعیین مسئولیت‌های مشترک پرستاری برای انجام دادن طرحهای مراقبتی طبی و مشترک (تعیین واضح تشخیص‌های پرستاری، اهداف و برآیندهای مورد انتظار بیمار، مداخلات پرستاری و استراتژیهای ارزشیابی).
- نشان دادن اولویتهای پرستاری ارزیابی شده، رفتارهای مراقبت دهندگان و چگونگی آموزش دادن، مشاوره کردن و رفتارهای حمایتی مورد لزوم.
- آیا بر اساس اصول علمی و یافته‌های متشکل از پژوهشهای پرستاری اماده و نوشته شده است.
- علاوه بر دستیابی به نیازهای فیزیولوژیک به نیازهای تکاملی، روانی اجتماعی و معنوی بیمار توجه گردیده است.
- آیا برنامه با توجه به تغییرات اخیر بیمار و نیازهای مراقبتی پرستاری برنامه‌ای جدید بوده و پاسخی به این تغییرات می‌باشد.
- به نیازهای بیمار و خانواده وی در زمان ترخیص اشاره گردد.
- تا حد امکان سبب مشارکت بیشتر بیمار و خانواده وی در اجرا برنامه گردد.
- در زمان مقتضی با برنامه‌های طبی مراقبت از بیمار سازگار باشید و انضباط بین گروهی را در نظر بگیرید. ثبت را به شکلی انجام دهید که بتواند برای اهداف قانونی، تأمین هزینه، پژوهش و ارزشیابی استفاده شود.

پیشنهادات زیادی برای طرحهای مراقبتی در منابع پرستاری وجود دارد. هر دانشکده پرستاری و هر انستیتو مؤسسه مراقبتی بهداشتی دارای فرمهای اختصاصی خاص خود می‌باشد که ممکن است منعکس کننده تئوریهای خاص پرستاری باشد نقطه مشترک تمامی فرمها وجود حداقل ۳ ستون برای ثبت تشخیص‌های پرستاری، اهداف و پیامدهای بیمار و مداخلات پرستاری می‌باشد فرمها در روش ارزیابی اطلاعات و ارزشیابی پرستاری با یکدیگر اختلاف دارند.

نمایندگی‌ها و مؤسسات طراح برنامه‌های مراقبتی

نمایندگی وابسته به سازمان بهداشت جهانی جهت طبقه‌بندی، نگهداری و حمایت از طرحهای مراقبتی ویژه از بیمار، درمان و بازتوانی مورد نیاز تیمهای مراقبتی و درمانی می‌باشد در همین راستا از تعداد زیادی فرمهای متنوع جهت انعکاس طرحهای مراقبتی استفاده می‌شود در بیشتر نمایندگی‌ها و مؤسسات، طرحهای مراقبتی قطع نظر از فرم آنها مستقیم بیان کننده سه نوع مختلف مراقبت پرستاری می‌باشد.

مراقبت پرستاری در ارتباط با نیازهای اساسی انسان، مراقبت پرستاری در ارتباط با تشخیص‌های پرستاری و مراقبت پرستاری در ارتباط با طرحهای مراقبتی طبی و مشترک.

مراقبت پرستاری در ارتباط با نیازهای اساسی انسان

برنامه بایستی اطلاعاتی را که در ارتباط با عادات و الگوهای معمول بیمار توسط تاریخچه پرستاری کسب شده و جهت مراقبت روزانه مورد نیاز می‌باشد بطور خلاصه در اختیار مراقبت دهندگان قرار دهد. بطور مثال آگاهی از چگونگی آموزش دفع و کلماتی که فرد نوپا جهت برطرف کردن نیازهای دفع ادرار و مدفوع استفاده می‌نمایید حائز اهمیت است. الگوها و عادات بهداشتی معمول مشخص شده بیمار ممکن است توسط دستورات درمانی جاری تعدیل گردد. مانند دستور ناشتا بودن جهت انجام تست‌های تشخصی یا محدودیت یا افزایش فعالیت. تنها چنانچه اطلاعات ارایه شده به مراقبت دهندگان جاری بوده و منطبق بر تغییرات شرایط فعلی بیمار باشد سودمند خواهد بود بایستی هر پرستار این توانایی را داشته باشد که در طرحهای مراقبتی جهت مهیا نمودن مراقبتی مناسب و شایسته نیاز به دستورات جدید را تشخیص دهد.

مراقبت‌های پرستاری در ارتباط با تشخیص‌های پرستاری

برنامه شامل اهداف و برآیندهای مورد انتظار و مداخلات پرستاری برای هر تشخیص پرستاری است علاوه بر آن مکان مناسبی برای یادداشت پاسخ‌های متقابل بیمار به مراقبت می‌باشد.

در واقع این بخش قلب برنامه مراقبت پرستاری است زیرا در این بخش اجزاء مستقل اعمال پرستاری مشخص می‌گردد. چنانچه آن اعمال بخوبی توسعه یابند حاکی از صلاحیت بالینی پرستار (آگاهی از علوم پرستاری) حساسیت به نیازهای فردی بیمار و سیستم مراقبت دهنده جهت دستیابی به نیازهای سلامتی مددجو می‌باشد.

مراقبت پرستاری در ارتباط با طرحهای مراقبتی طبی، اختصاصی و مشترک

هم چنین برنامه مراقبتی دستورات جاری طبی برای بررسی‌های تشخیصی و درمانی و مراقبت‌های پرستاری اختصاصی وابسته را ثبت می‌نماید.

کاردکس طرحهای مراقبتی

بیشتر مؤسسات مراقبتی بهداشتی از کاردکس برنامه مراقبتی جهت ثبت برنامه مراقبت پرستاری برای هر بیمار به شکلی مختصر استفاده می‌نمایند به نحوی که اطلاعات بر روی کارتی مخصوص در مرکز کاردکس ثبت شده و براحتی قابل دسترسی می‌باشد. عاقبت برنامه در فرم ثبت وضعیت سلامتی بیمار قرار می‌گیرد. بیرون کارت شامل اطلاعات پایه مانند اطلاعات شخصی، تشخیص در زمان پذیرش، میزان فعالیت، رژیم غذایی، درمانهای معمول، دارودرمانی و اقدامات مهارتی می‌باشد. داخل کاردکس شامل برنامه‌های مراقبت پرستاری تعیین شده بر اساس تشخیص‌های پرستاری یا مشکلات سلامت و مداخلات برآیندهای مورد انتظار و پیامدهای پرستاری وابسته می‌باشد.

برنامه‌های مراقبتی رایانه‌ای

در مجموعه‌های زیادی پرستاران از برنامه‌های مراقبتی رایانه‌ای استفاده می‌نمایند. مزایای استفاده از طرح‌های رایانه‌ای شامل دسترسی سریع، آسان به مقدار زیادی دانش پایه، بهبودی نحوه نگهداری گزارشات ثبت شده در نتیجه بهبودی در نظارت و اطمینان از کیفیت ثبت گزارشات توسط تمامی اعضاء تیم مراقبتی درمانی با انتشار گزارشات ثبت شده برای مراقبت از بیماران و برای گزارشات تعویض شیفت و کاهش زمان صرف شده برای کار با نوشته‌های کتبی مربوط به بیمار می‌باشد. به هر حال پرستاران محقق در طی مطالعات خویش به نکات منفی طرح‌های رایانه‌ای برروی پرسنل حرفه‌ای پرستاری برخورد کرده‌اند. هاریس (۱۹۹۰) توجه پرستاران را به کاهش استقلال حرفهٔ پرستاری، کاهش مراقبت‌های اختصاصی فردی و کاهش تبحر و مهارت پرستاری در نتیجه استفاده از سیستم‌های رایانه‌ای و سیستم‌های بزرگتر جلب نمود. تک تک پرستاران بعلاوه محققین بایستی به این ادعای هریس پاسخ دهند که آیا جهت انجام اعمال مهارتی پرستاری وقت زیادی صرف می‌شود، آیا مقررات قانونی، فرایند تفکر قدم به قدم سبب آسیب به قسمتی از توانایی‌های پرستاری در مراقبت، همدردی با دیگران، درک، کسب بصیرت و انجام اعمال پرستاری به روش ماهرانه می‌گردد؟ (۱۹۹۰ ص ۷۳).

برنامه‌های مراقبتی بر اساس مورد (مراقبت بر اساس نوع بیماری)

مراقبت موردی یک سیستم ارایه دهنده مراقبت‌های بهداشتی با هدف کیفیت بالا، مراقبتی مقرون به صرفه برای افراد، خانواده‌ها و گروههای مختلف می‌باشد دراین روش بر روی بیان واضح برآیندهای مورد انتظار بیمار و زمان مناسبی که برای دستیابی به این اهداف ضروری است تأکید شده است. راهکارهای بالینی (راهکارهای ویژه، نقشه‌های مراقبتی) ابزارهایی هستند که از استانداردها و برنامه‌های مراقبتی منظم در مراقبت از بیمار استفاده می‌شوند. فصل ۱۷ مثالهایی را از چگونگی استفاده از راهکارهای ویژه از ابزارهای انتخاب شده موجود در سیستم کامپیوتری نشان می‌دهد. نمایشگر همراه با یک برنامه استاندارد شده مراقبتی از بیمار را با نارسایی احتقانی قلب شرح می‌دهد. برآیندهای مورد انتظار و راهبردهای مراقبتی برای هر روز اقامت بیمار معین شده است.

در این مورد بیماران در روند پذیرش نسخه‌ای از برنامه‌های مراقبتی خود را دریافت می‌نمایند که این نسخه بر اساس آگاهی‌های معقولانه که انتظار می‌رود سبب کاهش استرس، بهبودی سریعتر و ترخیص زودتر گردد برنامه‌ریزی شده است.

طرح‌های مراقبتی دانشجو

طرحهای مراقبتی که دانشجویان نیاز دارند غالباً بیشتر حاوی جزئیات می‌باشد تا مجموعه‌هایی که در آن مکانها اعمال حرفه‌ای انجام می‌شود هدف از این امر کمک به دانشجویان جهت شبیه‌سازی هر ۵ مرحله فرایند پرستاری می‌باشد اگرچه فرمهای متنوع برنامه‌های مراقبتی در برنامه‌های متفاوت پرستاری وجود دارد بیشتر فرمها به نحوی طراحی شده است که بین مراحل مختلف فرایند پرستاری ارتباطی سیستماتیک ایجاد نموده و بیشتر از یک فرم پنج ستونی استفاده می‌شود. نمونه طرح مراقبتی دانشجو در کادر ۶-۱۴ یک برنامه توسعه یافته برای بیماری است که فرم ارزیابی پذیرش آن در فصل ۱۲ مطرح شده است.

این بیمار، خانم ۷۲ ساله‌ای بود که بعد از تجربه حمله کم‌خونی گذرای مغزی در منزل، در بیمارستان پذیرفته شده است. شرایط وی ثابت است و سه تشخیص پرستاری که در اولویت نوشته شده به عدم توانایی وی در درک تشخیص جدید و پیشگیری از حمله مغزی وسیع (اولویت بالا) تطابق غیر مؤثر (اولویت متوسط) و یبوست (اولویت پایین) اشاره می‌نماید.

ارزیابی کردن
دانشجو تمامی اطلاعات بدست آمده از ارزیابی را که منجربه تعیین هر تشخیص می‌گردد در ستون ارزیابی / تشخیص ثبت می‌نماید. ثبت این اطلاعات در بهم پیوستن مشخصات تعریف شده اختصاصی و در نتیجه جمله بیان کننده تشخیص پرستاری به عنوان مشکل کمک خواهد کرد.

تشخیص دادن
تشخیص‌های پرستاری در ستون ارزیابی / تشخیص در فهرست اولویت‌بندی شده ثبت می‌گردد. به نحوی که فهرست مزبو با تشخیصی که در اولویت بالایی قرار دارد شروع می‌شود برای هر تشخیص جمله‌ای مختصر و واضح مشکل را بیان نموده و به دنبال آن عوامل اختصاصی اتیولوژیک مسبب مشکل را نیز مشخص می‌نماید.

برآیندهای مورد انتظار و برنامه‌ریزی
ستون برآیندهای مورد انتظار و برنامه‌ریزی شامل تغییرات قابل انتظار در وضعیت سلامت بیمار یا در رفتار وی می‌باشد. چنانچه این تغییرات قابل دسترسی باشد مشکلات مطرح شده در تشخیصهای پرستاری حل شده است.

اجراکردن برنامه
مجموعه‌ای از دستورات پرستاری که توصیف کننده مداخلات اختصاصی پرستاری است برای هر هدف / پیامد بیمار نوشته می‌شود. این دستورات مشخص می‌نماید که چه مداخلات پرستاری، چطور، چه موقع و توسط چه کسی انجام شود. در بیشتر برنامه‌های پرستاری، دانشجویان جهت انجام مداخلات پرستاری مورد نظر سند و مدرک را به عنوان منبع طلب می‌نمایند. هرچند ممکن است دانشجویان بتوانند بعضی از استراتژیهای پرستاری را با توانایی‌های ذهنی خود شکل دهند. اما اعمال پرستاری با استفاده از مشاوره و مرور منابع علمی پرستاری توسعه می‌یابد و این یک راه مطمئن برای افزایش و توسعه دانش پرستاری می‌باشد.

همچنین بعضی از برنامه‌ها جهت اجرا در مداخلات پرستاری برای دستیابی به هدف نیاز به ارایه منطق علمی توسط دانشجو دارد. استفاده از جملات مختصر منطقی و معقولانه بر انتخاب سنجیده مداخلات توسط دانشجو دلالت دارد زیرا به احتمال قوی بر روی تغییرات طراحی شده تأثیر دارد.

ارزشیابی کردن
ترکیب کردن جملات ارزشیابی در طرح‌های مراقبتی بطور وضوح این پیام را به ما منتقل می‌نماید که هرگز مراقبت‌های پرستاری تا زمانی که دستیابی به اهداف بیمار ارزشیابی نگردد کامل نمی‌شود. همان طوری که بعضی‌ها اظهار می‌نمایند تا زمانی که یادگیری اتفاق نیافتاده آموزشی نیز صورت نگرفته است در مراقبت پرستاری نیز چنانچه دستیابی به اهداف طراحی شده قابل انتظار بیمار امکان‌پذیر نباشد این مراقبتها ناقص خواهد بود.

مفهوم نقشه طرح مراقبتی
یک نقشه مراقبتی نموداری از مشکلات و مداخلات برای حل مشکلات بیمار است. ایدهٔ شما دربارهٔ مشکلات و درمان بیمار مفهومی است که در ذهنتان شکل می‌گیرد. این نقشه‌ها اطلاعات بیمار را سازماندهی، ارتباط بین اطلاعات را تجزیه و تحلیل کرده و دید جامعی را از وضعیت سلامتی بیمار در اختیار شما قرار می‌دهد. برای مثال می‌توانید در فصل ۱۱ یک نقشه طرح مراقبتی را ببینید.

مشکلات موجود در برنامه‌ریزی
مشکلات شایعی که در هنگام برنامه‌ریزی پرستاری با آن مواجه هستیم شامل موارد زیر می‌باشد. عدم کفایت اطلاعات گردآوری شده، تشخیص‌های پرستاری تعیین شده توسط اطلاعات ناکافی، مبهم اهداف / پیامدهایی که به شکل کلی بیان شده، اهداف / پیامدهایی که از تشخیص‌های پرستاری ضعیف مشتق شده است نارسایی در نگارش صریح و واضح دستورات پرستاری، نگارش دستورات پرستاری که در حل مشکل بیمار ناکارآمد است نارسایی در مشارکت بیمار در تدوین فرآیند برنامه‌ریزی و نارسایی در طرحهای مراقبتی با علم روز.

الیجا و لینسکی پیرمردی که دچار فلجی و زخم فشاری بود را به خاطر بیاورید. از زمانی که پرستار مراقبت را در منزل مهیا می‌نماید یک برنامه مراقبتی نوشته شده می‌تواند مهم باشد زیرا بدین روش بیشتر از یک مراقب در مراقبت از بیمار دخالت دارد. بعلاوه پرستار بایستی برنامه‌های تنظیم شده را به روز نماید و مطمئن باشدکه مراقبت پرستاری که مهیا نموده صحیح و مداوم و به روز باشد.

چارت ۱:. برنامه‌های مراقبتی استاندارد
برنامه مراقبتی: نارسایی احتقانی قلبی   بیمارستان مایر
پیش بینی مدت اقامت: ۴ روز

تاریخ	روز پذیرش	روز دوم	روز سوم	روز چهارم
فعالیت	عدم تحمل نسبت به فعالیت در ارتباط با تنگی نفس محدودیت فعالیت ۳۰ دقیق قبل و ۶۰ دقیقه پس از صرف غذا برآیندهای مورد انتظار: فعالیت در حد تحمل	محدودیت فعالیت ۳۰ دقیقه قبل و ۶۰ دقیقه بعد از غذا؛ نشستن به مدت ۳۰ دقیقه روزی ۳ مرتبه جهت صرف غذا. حرکت در طول راهرو به میزان ۶۰ فوت با کمک؛ برآیندهای مورد انتظار، توانایی تحمل فعالیت بدون اختلال تنفسی	حرکت ۱۰۰ فوت روزی ۳ مرتبه پیامدهای قابل انتظار: توانایی حرکت بدون استفاده از اکسیژن اضافی	آمادگی بیمار برای ترخیص و رفتن به منزل برآیندهای مورد انتظار: توانایی تحمل فعالیت بدون ایجاد استرس
تغذیه: نیازها،مشاوره	رژیم بدون نمک یا	رژیم بدون نمک یا	رژیم بدون نمک یا	رژیم بدون نمک یا
درمانها پروتوکل پوست پروتوکل افتادن	افزایش حجم مایعات در ارتباط با به مخاطره افتادن برون‌ده قلبی کنترل علایم حیاتی هر ۴ ساعت کنترل جذب و دفع مایعات وزن روزانه تله‌متری چنانچه توصیه شده است هپارین لاک اکسیژن درمانی ۳ لیتر در دقیقه ارزیابی صدای قلب و ریه در هر شیفت و در زمان ضرورت ارزیابی تورم و نبض روی پا در هر شیفت	کنترل علایم حیاتی هر ۴ ساعت کنترل جذب و دفع مایعات کنترل وزن روزانه تله متری چنانچه توصیه شده است هپارین لاک اکسیژن درمانی ۳ لیتر در دقیقه ارزیابی صدای قلب و ریه در هر شیفت و در زمان ضرورت ارزیابی تورم و نبض روی پایی در هر شیفت پیامدهای مورد انتظار: کاهش تورم پای بیمار و یا کاهش بهبودی صدای تنفس بیمار	کنترل علایم حیاتی یک مرتبه در هر شیفت کنترل جذب و دفع مایعات کنترل وزن روزانه قطع تله‌متری چنانچه قبلاً دستور داده شده است. هپارین لاک ـ اکسیژن درمانی در صورت لزوم (چنانچه هنوز نیاز است با سرویسهای قلبی و ریوی در ارتباط با اکسیژن درمانی در منزل مشاوره کنند. صدای قلب و ریه را در هر شیفت ارزیابی کنید. ورم و نبض روی پا را در هر شیفت ارزیابی نمایید.	کنترل علایم حیاتی یکمرتبه در هر شیفت کنترل جذب و دفع مایعات وزن روزانه قطع هپارین لاک قطع اکسیژن درمانی ارزیابی صدای قلب و ریه در هر شیفت ارزیابی ادم و نبض روی پا در هر شیفت پیامدها قابل انتظار: ورم مچ پا از بین رفته است تنفس راحت
آموزش	برنامه مراقبتی را با بیمار مرور نمایید دارو درمانی را برای بیمار توضیح دهید یک کپی از برنامه مراقبتی به بیمار بدهید یک فرم اطلاعاتی نارسایی احتقانی قلبی به بیمار بدهید. در صورت نیاز بیمار را به خانه بهداشت ارجاع نمایید آموزش در مورد اکسیژن درمانی در منزل در صورت لزوم	برآیندهای مورد انتظار: بیمار می‌تواند به صورت شفاهی دستورات دارویی را ارایه نماید.	دادن فرمهای دارودرمانی در زمان ترخیص ارجاع به خانه‌های بهداشت در صورت لزوم ترتیب دادن اکسیژن درمانی در منزل چنانچه لازم است.	برآیندهای مورد انتظار: بیمار می‌تواند بطور شفاهی دارودرمانی را ارایه دهد. فرم دارودرمانی در زمان ترخیص را مرور نموده و بیمار قادر است به طور شفاهی آن را ارایه دهد. آموزشهای زمان ترخیص را مرور نموده و قادر است بطور شفاهی آن را ارایه دهد. بیمار قادر است به طور شفاهی نیاز به پیگیری و ویزیت را توضیح داده و در زمان ضروری با پزشک تماس بگیرید.

چارت ۲ـ
نارسایی احتقانی قلب
استاندارد برنامه مراقبتی: کپی برای بیمار «کپی بیمار»
مدت اقامت تقریبی: ۴ روز

تاریخ	روز پذیرش	روز دوم	روز سوم	روز چهارم
فعالیت	می‌توانید تا جایی که قدرت دارید حرکت کنید از خستگی زیاد یا تنفس کوتاه اجتناب نمایید. شما بایستی ۳۰ دقیق قبل و بعد از غذا در بستر استراحت نمائید.	شما بایستی به آهستگی فعالیت خودتان را افزایش دهید با نشستن بروی صندلی برای غذا خوردن شروع کنید و سپس مسافتهای کوتاه را با کمک پرستاران راه بروید.	شما بایستی کم کم احساس بهتری داشته باشید و بایستی قادر باشید بدون اکسیژن فعالیت محدودی انجام دهید.	شما بایستی قادر باشید در طول راهرو قدم بزنید و بدون مشکل تنفسی حمام نماید. چنانچه پزشک شما احساس کند آمادگی ترخیص دارید امروز به منزلتان خواهید رفت.
تغذیه	شما نبایستی به غذایتان نمک اضافه نمایید چنانچه متوجه رژیم غذایی خود نشده‌اید با شما صحبت خواهد شد چنانچه نیاز است به جای نمک از یک جانشین مناسب در دسترس استفاده کنید. نمک باعث می‌شود که بدن شما مایعات اضافی را نگه دارد و سبب می‌شود ورم شما بدتر شود و قلب شما سخت‌تر کار کند.	رژیم کم نمک	رژیم کم نمک	رژیم کم نمک. از پزشک یا پرستار در مورد لزوم رعایت رژیم غذایی در منزل سؤال نمایید.
درمانها	پرستار میزان جذب و دفع مایعات را اندازه‌گیری خواهد کرد. پرستار صدای قلب و ریه شما را گوش خواهد کرد تا متوجه شود آیا بهتر شده است. شما ممکن است در روز اول یا دوم مجبور باشید جهت تنفس راحت‌تر از اکسیژن استفاده نمایید. شما روزانه وزن خواهید شد. شما در دست یا بازوهایتان یک سوزن داخل وریدی خواهید داشت. این سوزن جهت دارودرمانی استفاده می‌شود. شما ممکن است جهت کنترل امواج قلبی نیاز به کنترل توسط تله متری داشته باشید. پرستاران در بخش مراقبت‌های ویژه ریتم قلبی شما را کنترل می‌نمایند.	درمانها مشابه خواهد بود.	بعضی از درمانها مشابه خواهد بود. شما فقط در زمان ضرورت هنگامی که احساس نیاز کردید از اکسیژن استفاده خواهید کرد. چنانچه دستور قبلی باشد کنترل قلبی ادامه نخواهد یافت.	بعضی از درمانهای مشابه خواهد بود ممکن است اکسیژن درمانی شما قطع گردد. سوزن موجود در ورید سما چنانچه مرخص شوید در هنگام رفتن به منزل خارج خواهد شد.
آموزش	شما بایستی متوجه شوید در بدنتان چه خبر است. لطفاً چنانچه چیزی را متوجه نمی‌شوید حتماً سؤال کنید شما فردی را دریافت خواهیدکرد که در ارتباط با نارسایی احتقانی قلب به شما توضیح می‌دهد چنانچه با داروهای تجویز شده آشنا نیستید در مورد آنها سؤال نمایید.		شما فرم‌اطلاعاتی خاصی را دریافت خواهید کرد که در ارتباط با دارو درمانی شما در منزل توضیح خواهد داد. همچنین شما بایستی راجع به غذاهایی که بایستی بخورید و غذاهایی که باید از آن اجتناب نمایید آگاهی کافی داشته باشید ممکن است پزشک توصیه کند تا مشکلات شما توسط خانه‌های پرستاری پیشگیری شود.	شما نیاز خواهید داشت با کمک پزشکتان مشکلات خود را پیگیری نمایید مطمئن شوید که زمان ملاقات را می‌دانید از مشکلاتی که ممکن است نیاز به توجهات طبی داشته باشد آگاه باشید.

کادر ۶ـ۱۴. طرح مراقبتی دانشجو

ارزیابی / تشخیص	اهداف / برآیندهای مورد انتظار
اطلاعات ذهنی: «آیا به تازگی من دچار یک حمله شده‌ام؟ من فکر نمی‌کنم بتوانم این مشکل را حل کنم. «چطور می‌توانم به خودم کمک نمایم و از آن پیشگیری کنم؟» اطلاعات عینی: تشخیص در زمان پذیرش کم‌خونی گذرای مغزی TIA BP:184/20 نقاط قوت: الگوی قبل در ارتباط با رفتارهای سلامتی تشخیص پرستاری: خطر زیاد برای تغییر در وضعیت سلامتی در ارتباط با کم‌خونی گذرای مغزی TIA و پیشگیری از حمله در ارتباط با نقصان آگاهی	قبل از ترخیص بیمار بتواند: ● واژه کم‌خونی گذرای مغزی و حمله را توصیف نموده، فرآیند بیماری، علل ایجاد بیماری، نشانه‌ها و درمان بیماری را تعیین نماید. پس از مجادله و بحث با پزشک و پرستار بیمار بتواند: ● بطور صحیح برنامه درمانی را توصیف نماید. ● دارو درمانی (داروها، تأثیرات مورد نظر، میزان مؤثر غلظت دارو، زمان، راه تجویز) ● اصلاح رژیم غذایی ● تمرینات ورزشی تجویز شده ● گزارش نشانه‌ها و علایم ● پیگیری اطلاعات تعیین شده
اطلاعات ذهنی: همسر بیمار ۸ ماه پیش فوت شده است. بیمار ۶ ماه پیش بعد از فروش منزل خانوادگی به منزل دخترش نقل مکان کرده است. دختر بیمار اظهار می‌دارد که مادرش در گذشته زن بسیار قوی و مستقلی بوده است. ولی به نظر می‌رسد پس از فوت همسرش خرد شده است. تاریخچه‌ای از سردردها: اطلاعات عینی: بیمار دستهای دخترش را چنگ می‌زند. نقاط قوت: تاریخچه‌ای از اداره بسیار خوب عوامل تنش زا در طول مدت زندگی محدودیتها: در گذشته حمایتهای اولیه از بیمار توسط همسر وی انجام می‌شده است. تشخیص‌های پرستاری: تطابق غیر موثر فرد در ارتباط با ناخوشی، مرگ اخیر همسر و تغییر مکان، رفتن به منزل دخترش.	شروع ۲۰۰۶/۹/۷ بیمار: ● بصورت کلامی احساس خود را در ارتباط با فقدان همسر، فقدان خانه فامیلی و فقدان سلامتی بیان نماید. ● الگوی قبلی راکه در گذشته جهت تطابق به وی کمک می‌کرده است را تعیین نماید. ● سه نقطه قوت شخصیت خود را تعیین و سه حمایت خارجی راکه در حال حاضر می‌تواند به وی کمک نماید را مشخص کند. قبل از ترخیص بیمار بتواند: ● بصورت کلامی با اظهار کلمهٔ «خوب است» «موافقم» احساسش را در ارتباط با بازگشت به منزل بیان نماید (اداره زندگی در حد کفایت)

کادر ۶ـ۱۴. (ادامه)

دستورات پرستاری	منطق علمی	ارزشیابی
دستورات پرستاری: آنچه راکه بیمار در ارتباط کم خونی گذرای مغزی و حمله مغزی می‌داند ارزیابی نماید (هر نوع اطلاعات اشتباه را تصحیح نمایید)	نیازهای یادگیری افراد با یکدیگر متفاوت است هر کسی با روش مخصوص خود یاد می‌گیرد یادگیری به آمادگی فرد ارتباط دارد.	۲۰۰۶/۹/۱۰ دستیابی به هدف امکان‌پذیر نشد.
نیازهای یادگیری، آمادگی برای یادگیری و عواملی را که بر روی یادگیری تأثیر خواهند داشت را بررسی نمایید.	بیشتر افرادی که توسط اطلاعات مناسب در طرحهای مراقبتی حمایت می‌شوند به احتمال بیشتر به اهداف دست خواهند یافت.	بیمار اظهار می‌دارد مغز وی توانایی پذیرش تمام این چیزها را ندارد. وی حمله مغزی را با مرگ یکسان می‌داند.
برنامهٔ جلسات آموزشی و یادگیری را بیمار به نحوی طراحی نماید که اعضاء خانواده وی در آن شرکت نمایند.		تجدید نظر: محتوی را با استفاده از واژه‌های ساده‌تر مجدداً آموزش دهید. آمادگی‌های یادگیری فرد را مجدداًارزیابی نمایید (فولی) خیلی زود ارزشیابی کنید.
در برنامه آموزشی توصیف کم خونی گذرای مغزی و حمله مغزی و فرایند اساسی بیمار شامل علل، نشانه‌ها و برنامه‌های درمان منظور گردد.	رفتارهای جدید خودپایی به دانش فرد بستگی دارد.	
بعد از این‌که برنامه درمانی بیمار توسعه یافت مطمئن شوید که بیمار و اقوام وی می‌توانند مجدداً آن را بیان کرده (آموزش دادن) و برای اصلاح روش زندگی تجویز شده ارزش قائل شود (مشاوره کردن)	رفتارهای جدید خودپایی به میزان انگیزش فرد بستگی دارد. تا زمانی که بیمار با حمله مغزی، پیشگیری و ارزشهای این پیامد درگیر نباشد برنامه درمانی را پیگیری نخواهد کرد.	
یک مرتبه در هر شیفت بالینی برای حداقل چند دقیقه یک پرستار کنار تخت بیمار بنشیند درارتباط با نحوه مراقبت با وی گفتگو نموده و عوامل تنش‌زای جاری بیمار و پاسخ‌های متقابل جهت تطابق کافی با این عوامل را مشخص نماید.	پرستار بایستی با تمرکز کافی، بدون عجله با بیمار ارتباط برقرار کند به نوعی که وی متوجه شود برای پرستار فردی با اهمیت است که خوب بودن وی جزء ارزشهای مهم برای پرستار است. بایستی از بیمار دعوت بعمل آید که در فرایند بهبودی بطور فعال شرکت نماید.	۲۰۰۶/۹/۱۰ بیمار به قسمتی از اهداف دست یافته است. وی آزادانه درباره این که چقدر همسرش را فراموش کرده است و چقدر از بستری شدن در بیمارستان ترسیده صحبت نماید. هنگامی که درارتباط با زندگی با دخترش از وی سؤال می‌شود بشکلی غیر مشخص ساکت می‌شود (فولی فارغ‌التحصیل پرستاری).
● عوامل مؤثر و سازندهٔ فقدان‌های بیمار را ارزیابی نمایید. ● شخص را تقویت کنید: نقاط قوت و سیستم‌های حمایتی: در مورد مسائل جدید با وی مشاوره کنید. ● چنانچه کاربرد دارو به وی پیشنهاد نمایید از حمایت گروهها در این مورد (گروه درمانی) استفاده کنید.	همچنین تلاش برای پی بردن به نهایت مکانیسمهای تطابقی که بیمار در گذشته از آنها استفاده می‌کرده است و یا درحال حاضر از آنها کمک می‌گیرد قبل از دادن پیشنهادات جدید در این زمینه منطقی است.	۲۰۰۶/۹/۱۰ دسترسی به اهداف امکانپذیر شد، بیمار دربارهٔ این که چطور همه چیز پس از صحبت دربارهٔ همسرش و خدا بهتر از گذشته به نظر می‌رسد صحبت می‌کند. (فولی فارغ‌التحصیل پرستاری)
اولین پرستار به همراه دختر وی بررسی نماید که مادرش چه تأثیراتی بر روی خانواده می‌گذارد و اختلالات حرکتی چه مشکلی را ایجاد می‌نماید. سیستمهای حمایتی را به وی توصیه نمایید.	بچه‌های بزرگتر هنگامی که سن والدینشان افزایش می‌یابد در زمان مباحثه با خود یا والدینشان در ارتباط با مشکل پدر و مادرشان دچار تنش و فشار سخت و شدیدی می‌شوند. حمایت از خانواده بطور غیر مستقیم حمایت از فرد بیمار است.	۲۰۰۶/۹/۱۰ دستیابی به اهداف امکانپذیر نشد بیمار نمی‌تواند درباره هر چیزی مربوط به خودش مانند سلامتی یا قدرت بدن فکر کند. او می‌گوید شاید حالا خانواده‌اش بتوانند به وی کمک کنند. تجدید نظر: در ارتباط با نقاط مثبت شخصیتی با بیمار مشورت نمایید و در تجربه کردن این نقاط قوت و مثبت به وی کمک نمایید. (فولی فارغ التحصیل پرستاری)

کادر ۶ـ۱۴. (ادامه)

ارزیابی / تشخیص	اهداف / برآیندهای مورد انتظار
اطلاعات ذهنی: هر ۲ تا ۳ روز عمل دفع را انجام می‌دهم حداقل یک مرتبه در هفته دفع به شکل یبوست دارد. غالباً داروی متاموسیل (licumateM) به من کمک می‌کند. «من به اندازه کافی مایعات می‌نوشم و سبزیجات و انواع میوه جات را مصرف می‌کنم» تاریخچه‌ای از هموروئید ثانویه در ارتباط با فشار و کشش اطلاعات عینی: در ۴ روز گذشته بیمار از زمانی که در بیمارستان بستری شده عمل دفع مدفوع نداشته است. تشخیص پرستاری: یبوست در ارتباط با کاهش فعالیت فیزیکی و مصرف طولانی‌مدت ملین‌ها (متاموسیل)	شروع ۲۰۰۶/۹/۷ بیمار بتواند عبور نرم و شکل‌دار مواد دفعی را هر ۱ تا ۳ روز بدون استفاده از ملین‌ها گزارش نماید. تا تاریخ ۲۰۰۶/۹/۱۰ بیمار خواهد توانست: ● به شکل کلامی اهمیت کمکهای طبیعی زیر را در دفع مواد دفعی بیان نماید. ● مصرف مایعات روزانه در حجم زیاد ● دفع منظم مواد دفعی ● مصرف مایعات روزانه ۱۰ـ۸ لیوان ● تمرینات فیزیکی روزانه، قدم زدن

دستورات پرستاری	منطق علمی	ارزشیابی
الگوی دفع مدفوع بیمار را کنترل کنید. عوامل مسبب ایجاد کننده یبوست و معیارهای تصحیح کننده مشکل بیمار را تعیین کنید.	این مشکلات دفعی بیمار تا زمانی که علل اختصاصی ایجاد کننده یبوست و معیارهای آن تعیین نگردد حل نخواهد شد. نیاز به ارزیابی اولویتها در این مورد وجود دارد.	۲۰۰۶/۹/۱۰ بیمار به بخشی از اهداف دست یافته است دفع مدفوع بیمار هر ۲ تا ۳ روز به شکلی نرم با کمک ملین (فولی فارغ‌التحصیل پرستاری)
اهمیت تنظیم زمان دفع مدفوع را به بیمار توضیح دهید (به وی توصیه نمایید پس از صرف صبحانه عمل دفع را انجام دهد) بر روی اهمیت این موضوع در بیمارستان پافشاری نمایید.	این تشویق‌های ثبت باعث استفاده مناسب از رینم‌های ۲۴ ساعته می‌گردد.	
هنگامی که منعی از نظر طبی وجود ندارد به بیمار توصیه نمایید حرکات خود را توسعه دهد. به بیمار گوشزد نمایید که در الگوی سلامتی و بهداشتی روزانه‌اش راه رفتن مداوم توأم با چابکی را بگنجاند (روزانه ۳۰ـ۲۰ دقیقه سریع و با قدرت راه برود).		۲۰۰۶/۹/۱۰ بیمار به اهداف دست یافت. وی ارزش مناسبی برای ۴ کمک طبیعی به دفع قائل است. سوالات آیا او به حد کافی قدم می‌زند؟ تجدید نظر: تشویق حرکت با کمک (فولی فارغ‌التحصیل پرستاری)
تأثیرات سوء مصرف طولانی‌مدت ملین‌ها را بر روی دفع مواد دفعی توضیح دهد و بیمار را تشویق نمایید که از این مواد استفاده نکند. بیمار را تشویق نمایید تا در رژیم غذایی خود از مایعات فراوان و غذاهای پرحجم مانند میوه‌های تازه و سالاد استفاده نماید.	استفاده نامناسب از ملین‌ها به کاهش حرکات پریستالتیک و فقدان تون روده منجر می‌گردد. نظر دادن دربارهٔ رفتارهای خودپایی مثبت آنها را تقویت می‌کند.	

توسعه تمرینات تفکر انتقادی

۱ـ تشخیص‌های پرستاری مربوط به سه بیمار چاق را بنویسید و مطمئن شوید که عوامل اتیولوژیک، در جملهٔ بیان کننده مشکل ثبت شده باشد (تغییرات تغذیه‌ای: بیشتر از نیازهای بدن) توصیف کنید چطور اختلاف در عوامل اتیولوژیک سبب تغییر در برنامه‌های مراقبتی می‌گردد.

۲ـ از یکی از تشخیص‌های پرستاری تمرین ۱ استفاده نمایید و اهداف شناختی، روانی حرکتی و عاطفی را بنویسید. مقصود انواع مختلف اهداف را توضیح دهید و مشخص نمایید چرا استفاده از هر سه نوع هدف ممکن است سبب حل موفقیت‌آمیز مشکل بیمار گردد.

۳ـ یک خانم ۸۲ ساله بیوه و هوشیار که تاریخچه‌ای از رفتارهای آسیب زننده داشته است اخیراً از بیمارستان برای بازگشت به منزلش مرخص شده است مراقبت دهندگان سعی می‌نمایند با جلب رضایت بیمار برای حفظ امنیت وی او را به خانه سالمندان انتقال دهند اما او مرتباً از این کار امتناع می‌ورزد. شما مسئول مراقبت از وی در منزل هستید عوامل خطرزا برای بروز آسیب در بیمار را به عنوان یک اولویت تشخیص پرستاری فهرست نمایید. به چندین دانشجو ملحق شوید و بطور مستقل مقیاسهای پرستاری را که در دستیابی به پیامدهای قابل انتظار جهت پیشگیری از آسیب به بیمار مؤثر است را فهرست نمایید. فهرست مداخلات خودتان را با دانشجویان دیگر مقایسه نمایید و در ارتباط با این موضوع که چطور پرستاران شرکت کننده در مراقبت از بیمار می‌توانند مطمئن باشند که بهترین مداخلات پرستاری را برای هر پیامد قابل انتظار بیمار انتخاب نموده‌اند ثبت کنید.



■ تمرین برای NCLEX

۱ـ در مرحله تعیین برآیندهای مورد انتظار و برنامه‌ریزی فرآیند پرستاری، پرستار با بیمار و اقوام وی به کدامیک از دلایل زیر مشارکت می‌نماید؟

(۱) تنظیم و معتبرسازی فهرست اولویتهای تشخیص‌های پرستاری
(۲) تعیین برآیندهای مورد انتظار بیمار
(۳) انتخاب مداخلات پرستاری مناسب بر اساس شواهد
(۴) برقراری ارتباط با برنامه مراقبت پرستاری

الف) (۱) و (۳)　　ب) (۲) و (۴)
ج) (۲)، (۳) و (۴)　　د) تمام موارد بالا

۲ـ آقای برایس به پرستارش می‌گوید از نرسیدن به موقع دارو و چنگ شدن دستانش می‌ترسد و همیشه از زمان بیان درد و درخواست مسکن مدتی وقت وی تلف می‌شود. پرستار تصمیم می‌گیرد با برنامه‌ریزیهای مناسب پاسخ دقیق‌تری به درد بیمار بدهد. کدامیک از گزینه‌های زیر می‌تواند علت اصلی نگرانی بیمار و پرستار در برنامه‌ریزی باشد؟

الف) فقدان برنامه‌های هماهنگ شناخته شده توسط همهٔ افراد تیم نتیجهٔ عدم کنترل درد را خواهد داشت.
ب) اولویت‌بندی ناقص نیازهای بیمار
ج) عدم توانایی در ارزشیابی پاسخ‌های متقابل بیمار به مراقبت‌های پرستاری
د) فقدان ثبت مناسب در ارتباط با درد بیمار

۳ـ هنگامی که پرستار مشغول کمک به آقای پرایس است تا در تخت بچرخد متوجه می‌شود که پاشنه پای وی قرمز شده و برنامه‌ریزی می‌نماید که احتیاطهای لازم جهت پیشگیری از آسیب پوستی انجام شود. این مثالی است از:

الف) برنامه‌ریزی مقدماتی
ب) برنامه‌ریزی استاندارد
ج) برنامه‌ریزی در حال توسعه
د) برنامه‌ریزی ترخیص

۴ـ از هرم نیازهای اساسی مازلو استفاده نمایید و مشکلات مطرح شده زیر از اولویت بالا به پایین طبقه‌بندی نمایید.

(۱) اختلال در تصویر ذهنی از بدن
(۲) تصفیه غیر مؤثر راه هوایی
(۳) اختلالات معنوی
(۴) اختلال در تعاملات اجتماعی

الف) ۲، ۴، ۱، ۳　　ب) ۳، ۱، ۴، ۲
ج) ۱، ۴، ۳، ۲　　د) ۳، ۲، ۴، ۱

۵ـ از کدامیک از گزینه‌های زیر برآیند مورد انتظار به دست می‌آید.

الف) مشکلی که توسط تشخیص پرستاری بیان است.
ب) علت مشکلی که توسط تشخیص پرستاری مشخص شده است.
ج) تعریف خصیصه‌های مشکل
د) جمله ارزشیابی کننده

۶ـ کدامیک از مثالهای زیر جزء برآیندهای مورد انتظار حیطه‌ی عاطفی قلمداد می‌شود؟

الف) در مدت یک روز پس از آموزش، بیمار سه منفعت ادامه کاربرد کمپرس مرطوب را روی ساق پا بعد از ترخیص لیست می‌نماید.
ب) تا تاریخ ۲۰۰۶/۶/۱۲ بیمار بطور صحیح پانسمان کردن مرطوب، خشک را بر روی زخم ساق پا نشان می‌دهد.
ج) تا تاریخ ۲۰۰۶/۶/۱۹ زخم بیمار علایم بهبودی را نشان می‌دهد.
د) تا تاریخ ۲۰۰۶/۶/۱۲ بیمار بصورت کلامی ارزش اعمال جدید فرا گرفته شده را در پیشگیری از بروز مجدد زخم ساق پا بیان می‌نماید.

۷ـ کدامیک از گزینه‌های انتخابی زیر بیان کننده برآیندهای مورد انتظار قابل اندازه‌گیری است؟

الف) موضوع　　ب) فعل
ج) معیارهای عملی　　د) شرایط
هـ) زمان هدف

۸ـ کدامیک از برآیندهای مورد انتظار زیر صحیح نوشته شده‌اند؟

(۱) توصیه به آقای مایر برای نوشیدن ۶۰ سی‌سی مایعات هر ۲ ساعت در زمان بیداری

(۲) در طی مدت ۲۴ ساعت آینده کل مایعات جذبی بیمار حداقل ۲۰۰۰ سی‌سی باشد.

(۳) تا زمان ترخیص خانم گاستون بیاموزد نوزادش را چطور حمام نماید.

(۴) در ویزیت بعدی ۲۰۰۳/۱۲/۲۳ بیمار بطور صحیح تمرینات آرامسازی را نشان دهد.

الف) (۱) و (۳) ب) (۲) و (۴)

ج) (۱)، (۲) و (۳) د) تمامی گزینه‌های بالا

۹ـ کدامیک از راهبردهای زیر برای ثبت برآیندهای مورد انتظار صحیح است؟

(۱) حداقل یکی از اهداف مستقیماً راه حل مشکل مطرح شده در جمله تشخیص‌های پرستاری را نشان دهد.

(۲) بیمار و اقوام وی برای برآیندهای مورد انتظار (اهداف) ارزش قائل باشند.

(۳) برآیندهای مورد انتظار تمامی برنامه‌های درمانی را حمایت نماید.

(۴) هر هدف مختصر و اختصاصی باشد (به طور وضوح یک رفتار یا تظاهرات بیمار را به شکل قابل مشاهده و اندازه‌گیری توصیف کند) با جمله‌ای مثبت و زمانی خاص بیان شود.

الف) (۲) و (۴) ب) (۱) و (۳)

ج) (۱)، (۲) و (۳) د) تمامی گزینه‌های بالا

۱۰ـ کدامیک از مثالهای زیر مداخلات پرستاری را به خوبی بیان می‌کند؟

(۱) توصیه به بیمار جهت نوشیدن ۶۰cc آب یا آبمیوه (ترجیحاً آب پرتقال) هر ۲ ساعت در زمان بیداری حداقل دریافت ۵۰۰cc مایعات

(۲) آموزش به بیمار در ارتباط با ضرورت کنترل مایعات جذب و دفع شده و یادآوری به وی جهت کمک در کامل کردن ثبت جذب و دفع در کنار تخت بیمار

(۳) هر ۲ ساعت (حتی در یکساعت) در زمان بیداری بیمار تا حمام و دستشویی قدم بزنند.

(۴) کنترل درد بیمار

الف) (۱) و (۳) ب) (۲) و (۴)

ج) (۱)، (۲) و (۳) د) تمامی گزینه‌های بالا



■ پاسخنامه با دلایل

۱ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است.** دسته‌بندی و معتبرسازی تشخیص‌های پرستاری در طی مرحله تشخیص دادن از فرآیند پرستاری انجام می‌شود.

۲ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «الف» است.** چنانچه این پرستار برنامه‌ریزی مراقبتی رسمی را یاد نگیرد دیگر پرسنل مراقبتی حرفه‌ای نیز از مشکلات بیمار آگاه نبوده و کنترل درد بیمار به خوبی صورت نمی‌گیرد. (ب) و (ج) و (د) نیز ممکن است درست باشد اما مهمترین دغدغه و نگرانی پرستار نمی‌باشد.

۳ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است.** طرحهای در حال توسعه به مشکل بیمار به خوبی توجه می‌نماید و هدف آن نگهداری برنامه‌های مراقبتی به روز جهت پاسخگویی به مشکلات حاد و بالقوه تعیین شده جدید می‌باشد.

۴ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «الف» است.** هرم مازلو شامل: (۱) نیازهای فیزیولوژیک (۲) نیاز ایمنی و امنیت (۳) نیاز به تعلق خاطر و دوست داشتن (۴) نیاز به اعتماد به نفس و (۵) نیاز به تعالی نفس. گزینه (۲) مثالی از نیاز فیزیولوژیک است، گزینه (۴) مثالی از تعلق خاطر و دوست داشتن است. گزینه (۱) مثالی از نیازهای اعتماد به نفس بوده و گزینه (۳) مثالی از نیاز به تعالی نفس است.

۵ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «الف» است.** برآیندهای مورد انتظار از مشکلات بیان شده در تشخیص‌های پرستاری به دست می‌آید. برای هر تشخیص پرستاری در طرح مراقبت از بیمار، حداقل یک هدف بایستی نوشته شود که چنانچه بتوان به آن هدف دست یافت نشان‌دهنده حل این مشکل است.

۶ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «د» است.** اهداف حیطه عاطفی تغییر در ارزشها، نگرش و باورهای بیمار است. اهداف شناختی (الف) توصیف کننده افزایش دانش یا رفتارهای هوشمندانه است. اهداف حیطه روانی حرکتی (ب) توصیف کننده دستیابی بیمار به مهارتهای جدید است. گزینه (ج) هدف توصیف کننده تغییر فیزیکی در بیمار است.

۷ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «د» است.** شرایط خاص، وضعیت خاص قابل دست یافتنی است که توسط برآیند مورد انتظار مشخص می‌شود. نه این که هر برآیند مورد انتظار وضعیت خاصی باشد.

۸ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ب» است. اشتباه شایع در هنگام نگارش برآیندهای مورد انتظار بیمار شامل موارد زیر است:

(۱) بیان هدف بیمار به عنوان مداخله پرستاری. اشتباه: توصیه به آقای مایر تا هر ۲ ساعت در زمان بیداری ۶۰ میلی‌لیتر مایعات بنوشد. صحیح: آقای مایر هر ۲ ساعت از تاریخ ۲۰۰۶/۲/۲۴ در زمان بیداری ۶۰ میلی‌لیتر مایعات خواهد نوشید.

(۳) استفاده از افعالی که قابل اندازه‌گیری و مشاهده نمی‌باشد. اشتباه: خانم گاستون می‌داند که چطور نوزادش را حمام کند.

صحیح: بعد از طی دوره کلاس مراقبت از نوزاد خانم گاستون به روشی صحیح حمام کردن نوزادش را نشان می‌دهد. از این افعال در هنگام نوشتن اهداف اجتناب نمایید: دانستن، فهمیدن (درک کردن) آموختن و آگاه شدن

۹ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «د» است.

۱۰ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است. گزینه (۴) فقدان جزئیات سبب عدم مداخلات مؤثر پرستاری می‌شود. مجموعه مداخلات پرستاری نوشته شده به دستیابی اهداف بیمار کمک می‌نماید که این اهداف بایستی جامع و کامل نیز باشد.

مداخلات جامع پرستاری مشخص می‌نماید که چه مشاهداتی (ارزیابی) نیاز است انجام شود و چطور انجام شود، چه مداخلاتی نیاز است انجام شود و چه موقع باید انجام شود و چه آموزشهایی، مشاوره‌ای و حمایتی مورد نیاز بیمار و اقوام وی می‌باشد که بایستی برطرف گردد. بطور کل داشتن نگرش جامع به بیمار داشتن بسیار حائز اهمیت است.

اجرا



آنتونی براون کودک نوپایی است که توسط مادر بزرگش به کلینیک کودکان سالم منتقل شد. تاریخچه سلامتی بیمار مشخص نمود وی دچار حالت تهوع، استفراغ و اسهال راجعه می‌باشد. معاینات فیزیکی وی مشخص نمود که وی خواب آلوده است و به مقدار ناچیزی قد و وزن او افزایش یافته است و تأخیر در رشد و تکامل دارد.



استل موری سی زن ۸۶ ساله پیری است که به علت مشکلات متعدد مزمن سلامتی در خانهٔ پرستاری زندگی می‌کند. او به اشخاص، زمان و مکان آگاه و هوشیار است. او می‌گوید که من همیشه تنها هستم، هیچکس با من زندگی نمی‌کند و من می‌خواهم بمیرم. آیا شما می‌توانید به من کمک کنید؟



جیمز مک ماهون مرد ۶۲ ساله‌ای است که بعلت نارسایی کبدی به بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) منتقل و پذیرش شده است. او در وضعیت بحرانی قرار دارد و بطور مداوم کنترل می‌شود و مایعات و داروها را از طریق کاتترهای قرار داده شده در وریدهای محیطی ومرکزی دریافت می‌نماید.

❖ تمرکز بر مهارتهای ترکیبی

انواع مهارتهای ترکیبی مورد نیاز جهت برطرف کردن نیازهای موردهای مطرح شده عبارتند از:

مهارتهای شناختی

- آگاهی از اطلاعات مقتضی ضروری جهت اجرای مؤثر مداخلات پرستاری برای برطرف کردن نیازهای کودک نوپا با تأخیر در رشد فیزیکی، برطرف کردن نیاز بیمار خانه پرستاری که می‌خواهد زندگی‌اش را خاتمه دهد و بیمار بدحالی که نیازهای ویژه‌ای دارد.
- توانایی برنامه‌ریزی مراقبتی، گردآوری مداوم اطلاعات، تعدیل برنامه‌ها در صورت لزوم و برقراری ارتباط
- توانایی توضیح اصول و دلایل ضروری مداخلات پرستاری
- توانایی ترکیب دانش پرستاری و استانداردها و خط مشی مؤسسه درمانی در هنگام اجرای مداخلات پرستاری
- توانایی استفاده از مهارتهای تفکر انتقادی در اجرای مراقبت‌های پرستاری جهت دستیابی به اهداف بیمار و برطرف کردن نیازهای وی

مهارتهای تکنیکی

- توانایی در استفاده‌ای شایسته از تجهیزات و تکنیکهای اختصاصی در برنامه‌های مراقبتی تعیین شده برای بیمار
- توانایی درخواست کمک از افراد با تجربه و صلاحیت‌دار در زمان ضرورت و موقع انجام پروسیجرهای تکنیکی و کار با ابزارهای تکنیکی ناآشنا
- توانایی انجام دادن مراقبت‌های پرستاری ایمن بر اساس اصول علمی
- توانایی منطبق کردن اجرا، پروسیجرهای پرستاری با تجهیزات موجود برای برطرف کردن نیازهای بیمار

مهارتهای بین فردی

- توانایی جلب اعتماد در برقراری ارتباط در هنگام مراقبت از بیمار
- توانایی برقراری ارتباط با بیماری که شما بیشتر راجع به وضعیت سلامتی وی نگران هستید و انجام مراقبت‌های پرستاری در حیطه وظایف
- توانایی نشان دادن احترام گذاشتن به شأن انسانی در زمان اجرای طرح‌های مراقبتی پرستاری برای بیمار
- توانایی تشریک مساعی و مشارکت در اجرای طرحهای مراقبتی که نیاز به همکاری دیگر اعضای تیم مراقبتی و درمانی دارد.

مهارتهای اخلاقی و قانونی

- تعهد در اجرای موفقیت‌آمیز طرحهایی مراقبتی در حیطه قانونی اختیارات و اعمال پرستاری
- توانایی شرکت در طرحهای مراقبتی به عنوان فردی مورد اعتماد و حامی بیمار
- استفاده منطقی از قوانین ایمنی و حفاظتی مناسب در هنگام اجرای طرحهای مراقبتی پرستاری
- نشان دادن احساس مسئولیت در مقابل تمامی اعمال انجام شده

❖ برآیندهای یادگیری

پس از مطالعهٔ این فصل، فراگیر باید قادر به انجام موارد زیر باشد:

۱ـ تفاوت و تمایز بین مداخلات مقدماتی پرستار، مداخلات مقدماتی پزشک و مداخلات مشترک پرستاری را بیان نماید.

۲ـ مزایای طبقه‌بندی استاندارد مداخلات پرستاری و برآیندهای مورد انتظار را فهرست کند.

۳ـ از مهارتهای شناختی، روابط بین پرسنلی، تکنیکی، قانونی و اخلاقی در اجرای طرحهای مراقبت پرستاری استفاده کند.

۴ـ شش متغیر مؤثر بر روش اجرای طرح مراقبتی را توصیف نماید.

۵ـ از هفت راهنمای ضروری برای اجرای طرح مراقبتی استفاده کند.

۶ـ از اطلاعات توسعه یافته و پویای گردآوری شده جهت تعیین برنامه‌ای ایمن در مراقبت از بیمار استفاده نماید.

۷ـ توضیح دهد چرا ارزیابی مجدد پس از اجرای مداخلات پرستاری مهم است.

واژه‌های کلیدی

● مداخلات توأم با تشریک مساعی (مداخلات گروهی)	collaborative interventions
● نمایندگی	Delegation
● اعمال بر اساس شواهد	Evidence-based practice
● اجرا	Implementing
● مداخلات مقدماتی پرستار	Nurse-initiated intervention
● مداخلات پرستاری	Nursing interventions
● مداخلات مقدماتی پزشک	physician-initiated in tervention
● مجموعه دستورات استاندارد شده (اعمال از پیش تعیین شده)	Protocols
● دستورات پایدار	standing orders
● پرسنل کمکی بدون جواز (پروانه کار)	Unlicensed assistive personnel

در طی مدت مرحل اجرا از فرآیند پرستاری اعمال پرستاری طراحی شده در مرحله قبلی انجام می‌شود هدف از مرحله اجرا کمک به بیمار در دستیابی به اهداف سلامتی طراحی شده به قرار زیر می‌باشد: ارتقای سطح سلامتی، پیشگیری از بیماری و ناخوشی، حفظ سلامتی و تسهیل در تطابق فرد با تغییر در عملکرد

طرح مراقبتی بیمار زمانی به بهترین شکل اجرا می‌شود که بیمار با توانایی و خواست خود در اجرای برنامه شرکت نموده فرصت مناسبی جهت مراقبت از خود در اختیار وی قرار گیرد. همچنین اعضای خانواده و افراد دیگری که بیمار را حمایت می‌کند. همین طور دیگر افراد حرفه‌ای تیم مراقبتی بهداشتی نیز ممکن است در موفقیت اجرای برنامه مراقبتی تأثیر به سزایی داشته باشند (جدول ۱ـ۱۵). البته در طول مرحله اجرای فرایند پرستاری به گردآوری اطلاعات ادامه داده و در صورت نیاز طرح برنامه مراقبتی را تعدل می‌نماید. تمامی فعالیتها در فرم مخصوصی که توسط انستیتو یا مؤسسه بهداشتی برای پرستاران از پیش تعیین شده است ثبت و گزارش می‌شود (شکل ۱ـ۱۵).

تمرکز ممتاز بر روی اجرای طرحهای پرستاری

در همهٔ تعاملات پرستاری، پرستار توجه ویژه به پاسخ‌های متقابل بیمار به سلامت و بیماری و توانایی وی در دستیابی به نیازهای اساسی بشر دارد.

به هر حال افراد دیگر عضو تیم درمان بر روی جنبه‌های انتخابی درمان بیمار تمرکز دارند در حالی که پرستاران به طور کل مراقب پاسخ‌های بیمار به طرح‌های مراقبتی هستند.

نحوه طبقه‌بندی مداخلات پرستاری

در سال ۱۹۹۲ مک کلوسکی[1] و بول چک[2] طبقه‌بندی مداخلات پرستاری را منتشر کردند که گزارشی از نحوه طبقه‌بندی مداخلات پرستاری بود. چاپ جدید این طبقه‌بندی در سالهای ۱۹۹۶ و ۲۰۰۰ به چاپ رسید. هریک از مداخلات فهرست شده یک برچسب و یک تعریف داشت و نشان می‌داد مجموعه فعالیتهایی که پرستار انجام می‌دهد همان مداخله است و لیستی از مداخلات آماده شد. به جدولی که مثالهایی از مداخلات پرستاری طبقه‌بندی شده را مشخص نموده است نگاه کنید. در این راستا به طبقه‌بندی مداخلات پرستاری که در هر فصل کلینیکی مشخص شده است توجه نمایید.

مزایای مداخلات پرستاری طبقه‌بندی شده استاندارد به قرار زیر است:

- استفاده از اصطلاحات و فهرست استاندارد شده
- گسترش دانش پرستاری
- توسعه سیستم‌های اطلاعاتی
- آموزش و تصمیم‌گیری
- اطمینان از پرداخت مناسب برای خدمات پرستاری
- تعیین منابع پرستاری
- ارتباط پرستاری با غیر پرستاران
- توالی و بهم پیوستن محتوی پرستاری: استاندارد شدن تشخیص‌های پرستاری، اهداف مورد انتظار و مداخلات پرستاری (پروژه مداخلات لوآ ۲۰۰۰ ـ ص ۱۹ـ۱۶).

جدول ۲ـ۱۵ طرح ترکیب طبقه‌بندی مداخلات پرستاری را نشان می‌دهد. این طرح به مراجعین اجازه می‌دهد تا مداخلات کاملاً مفید برای بیماران انتخاب نمایند. پژوهشگرانی که طبقه‌بندی

1- McCloskey 2- bulechek

تمرین انعکاسی ـ چالشی برای مهارتهای تکنیکی

جیمز مک ماهون پیرمرد ۶۲ ساله‌ای که با تشخیص نارسایی کبدی در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) پذیرش شده است. او به شدت ناخوش است به همین دلیل به طور مداوم کنترل می‌شود و دارو و مایعات از طریق کاتترهای کار گذاشته شده در وریدهای محیطی و مرکزی دریافت می‌کند. در طول راند بالینی در بخش ICU من متوجه شدم که سَر، پرستاری که از آقای مک ماهون مراقبت می‌نماید بی‌نهایت شلوغ است. بیمار چندین کاتتر وریدی داشت و به تجهیزات خاص تکنولوژیکی برای کنترل و مراقبت احتیاج داشت. پرستار از من خواست کیسه جدید داروی بیمار را آویزان کنم. من کاملاً خودم را غرق شده و گیج وسط تعداد زیادی خط وریدی در هم پیچیده دیدم و می‌دانستم که بدون راهنمایی‌های پرستار یا تجربه‌تر قادر نخواهم بود تعیین نمایم که بیمار دارویش را چگونه دریافت کند. من از این موضوع حسابی ناراحت و ناکام شدم چرا که این جزء وظایفی بود که بایستی من بدون کمک، بطور مستقل با سرعت و صحیح می‌توانستم آن را انجام دهم. من نمی‌خواستم در آویزان کردن کیسه دارو و شروع انفوزیون ریسکی را بپذیرم زیرا دادن دارو و مایعی دیگر از یک خط وریدی احتمال ناسازگاری را مطرح می‌نمود. همچنین من نمی‌خواستم با روش اشتباه دارو را وارد نمایم و این مسئله نیز ریسک دیگری بود. پرستار بی‌نهایت مشغله داشت و من احساس فشار زیادی را برای انجام فوری این کار داشتم.

خارج از این چهارچوب فکر کنید: مجموعه‌ای از اعمال امکان‌پذیر:

- از پرستار بخواهید کیسه دارو را آویزان و دارودرمانی را آغاز نماید و این کار را نیز بادیگر وظایفش انجام دهد.
- دارو درمانی را خودتان شروع کنید و امیدوار باشیدکه این دارو با دیگر مایعاتی که قبلاً می‌گرفته است سازگار باشد.
- از پرستار دیگری در بخش ICU (مراقبت‌های ویژه) بخواهید که دارو درمانی بیمار را انجام دهد.
- صبر کنید تا پرستار کاری را که بایستی انجام دهد اجرا کند سپس احساس درماندگی خود را با وی در میان بگذارید و سپس بخواهید که او نیز جهت انجام این کار شما را همراهی کند.

یک برآیند مورد انتظار موفق را ارزشیابی کنید: چطور می‌توانم موفق شوم؟

- بیمار تا زمانی که داروهای ضروری را دریافت می‌کند از عوامل مضر دور خواهد ماند.
- پرستار تشخیص می‌دهد که مهیا نمودن چه نیازهایی من را بیشتر آماده می‌کند.
- من احساس راحتی می‌کنم و در اجرای مهارتها صلاحیت دارم.
- بیمار مراقبتی ایمن و کافی را دریافت می‌نماید.

یادگیری شخصی: نتیجه در آینده

آخر این موقعیت خوشبختانه انعکاسی مثبت دارد. من به پرستار توضیح دادم که از خطوط وریدی بیمار گیج شده‌ام و در زمان تجویز داروهای وریدی احساس ناراحتی و نگرانی می‌کنم. پرستار بلافاصله تشخیص دادکه خطوط وریدی بیمار در هم بر هم، غیر سازماندهی شده و پیچیده است و بعضی از آنها برچسب ندارند. با من به کنار تخت بیمار آمد او پس از مدتی تمامی خطوط را مشخص نمود و بر روی آنها برچسب زد و دور همه آنها را سازماندهی نمود و با این کار تمامی داروها و مایعاتی که بیمار دریافت می‌کرد قابل مشاهده و مشخص شد. ما از یک کتاب داروشناسی مرجع از سازگاری مایعات دیگر با داروها مطمئن شدیم. او همچنین برای اجرای دارودرمانی و وصل کردن کیسه دارو به مکان صحیح با من کنار بیمار آمد. پرستار از این که من منتظر وی شدم از او کمک خواستم و حقیقت را گفتم قدردانی کرد. می‌توان این گونه نتیجه گرفت که بیمار از آسیب در امان مانده است. بعلاوه او فهمیده بود که نمی‌توانست این کار را مستقلانه انجام دهد و کمک خواسته بود. من از این تجربه نفع بردم زیرا با این مهارت اختصاصی آشنا شدم. از حالا من متوجه شدم که در اجرای چه مهارتهای تکنیکی ممکن است دچار اضطراب و عدم آسایش شوم.

به هر حال من متوجه شدم که با هر تجربه جدید بالینی من راحت‌تر می‌شوم و استقلال بیشتری در انجام اعمال حرفه‌ای بدست می‌آورم.

انعکاس

شما فکر می‌کنید در موقعیت مشابه چه واکنشی از خودتان نشان می‌دهید؟ چرا؟ در این مورد به خودتان چه می‌گویید و درباره کفایت مهارتهای بالینی خود چگونه قضاوت می‌کنید؟ آیا می‌توانید به پاسخ دیگری فکر کنید؟ برای پاسخ مناسب به این موقعیت به چه مهارتهای دیگری در زمینه‌های مختلف شناختی، بین فردی، تکنیکی، قانونی و اخلاقی نیاز دارید؟ چه عواملی ممکن است پرستار را در کمک کردن به دانشجوی پرستاری جهت انجام وظایفش یاری نماید؟ آیا پرستار در این مداخله تأثیری دارد؟ چرا؟ چرا نه؟ آیا دانشجو به راهبردهای اخلاقی و قانونی در زمان پاسخ متقابل عمل کرده است؟ چنانچه اینطور نیست لطفاً توضیح دهید چطور؟ آیا شما با معیارهای ارزشیابی برآیندهای مورد انتظار موافق هستید؟ چه معیارهایی برای این موقعیت و مهارت مناسب هستند؟

مداخلات پرستاری را توسعه دادند طبقه‌بندی اهداف مورد انتظار بیمار را نیز توسعه داده و آن طبقه‌بندی را طبقه‌بندی اهداف (پیامدهای) NOC[1] مورد انتظار پرستاری نام‌گذاری کردند.

اهداف این پژوهش عبارتست از:

۱) تشخیص، اصلاح و طبقه‌بندی شاخص‌ها و اهداف مورد انتظار بیمار و واکنش‌های پرستاری

۲) ارزشیابی، اعتبار و مفید بودن طبقه‌بندی مذکور در عرصه‌های محیطی قابل آزمایش

1- Nursing outcomes classification

جدول ۱ـ۱۵. ارتباط حرفه‌ای پرستاری: نقش مسئولیت‌ها و صلاحیتهای وابسته

نوع ارتباط	نقش مسئولیت‌ها	صلاحیت‌های وابسته
پرستار بیمار	● ارتباط با بیمار جهت رهایی از بیماری و تغییر وضعیت در سلامت وی و رساندن بیمار به حداکثر مطلوب سطح سلامتی ● ایجاد محیطی که بیمار بتواند با استفاده از انرژی خویش سلامتی خود را ارتقاء داده و یا سبب حفظ آن گردد محیطی که مرگی آرام، صلح‌آمیز و بطور کلی دسترسی به نیازهای اساسی بشر را تضمین نماید.	● مجموعه رفتارهای درمانی بین فردی شامل: گوش کردن، مصاحبه کردن ارتباط غیر کلامی، لمس کردن، تسهیل در ارتباط و مربیگری کردن باشد. ● توانایی ایجاد اعتماد در ارتباط یاری دهنده بین پرستار، بیمار و خانواده وی ● شایستگی نقش‌های پرستاری را به عنوان مراقبت دهنده، معلم، مشاور و وکیل مدافع نشان دهید.
پرستار، بیمار، خانواده	● مداخله‌ای مناسب جهت ترفیع عملکرد بهداشتی خانواده انجام دهید. ● به اقوام بیمار آموزش دهید تا تفکری خردمندانه داشته و از خدمات مراقبتی بهداشتی استفاده‌ای منطقی داشته باشند.	
پرستار ـ پرستار	● یکدیگر را حمایت نمایید و سعی کنید مراقبت‌های پرستاری را با کیفیت مناسب ارایه نمایید ● در تجویز و توصیه‌های پرستاری با یکدیگر همکاری کنید و نشان دهید که در جهت بهبود کیفیت مراقبتها تلاش می‌نمایید. ● رهبری خلاق داشته باشید و بصورت رسمی یا غیر رسمی واحد پرستاری مناسبی ایجاد نمایید تا علاوه بر رضایت بخش بودن محیط، مکان مناسبی برای کار کردن باشد. ● ارایه مراقبت‌های پرستاری را توسط پرسنل نظارت نموده و راجع به نقاط قوت و مثبت پرستاری پرسنل و همچنین نارسایی انها اظهار نظر قطعی نمایید. ● شما و پرستاران دیگر با شرکت در فعالیتهای حرفه‌ای سازماندهی شده سعی کنید حرفه پرستاری را ارتقاء دهید.	رهبری ارتباطات آموزش مشاوره وکیل مدافع قاطعیت همکاری هماهنگی فرآیند گروهی سازماندهی نماینده تغییر استراتژی حل مسئله تصمیم‌گیری حل مجدد کشمکش‌ها
پرستار ـ تیم مراقبتی بهداشتی	● ارتباط مناسب پرستاری سبب ارتباط بیمار و اقوام وی با تیم مراقبتی بهداشتی می‌گردد. ● اطلاعات بدست آمده را جهت طراحی مراقبتی جامع، منظم و هماهنگ سازماندهی نمایید. ● در صورت ضرورت به عنوان رابطی مناسب بین بیمار و اقوام وی و تیم مراقبتی بهداشتی عمل نمایید.	

۳) تعریف و سنجش پروسیجر در جهت دستیابی به اهداف قابل انتظار با توجه به شاخص‌های مطلوب مثالهایی از شاخص‌های طرح طبقه‌بندی اهداف مورد انتظار جهت سنجش آمادگی مراقبت دهندگان در دستیابی به اهداف (آمادگی پذیرفتن مسئولیت و یادگیری اعضای مهم خانواده) مددجو به قرار زیر است (جانسون و ماس ۱۹۹۷، ص ۱۰۳)

- تمایل به داشتن نقش مراقبت دهنده
- دانش لازم در ارتباط با نقش مراقبت دهنده
- نشان دادن توجه و احترام به گیرندگان خدمات
- شرکت در تصمیم‌گیری جهت مراقبت در منزل
- اطمینان به توانایی در اداره و مراقبت در منزل
- دانش لازم در ارتباط با تهیه تجهیزات مورد لزوم

این تحقیق تلاشهایی وسیعی را جهت توسعه زبان مشترک پرستاری برای ارایه برنامه‌های مراقبتی مناسب ایمن، با کیفیت بالا و مقرون به صرفه ادامه می‌دهد.

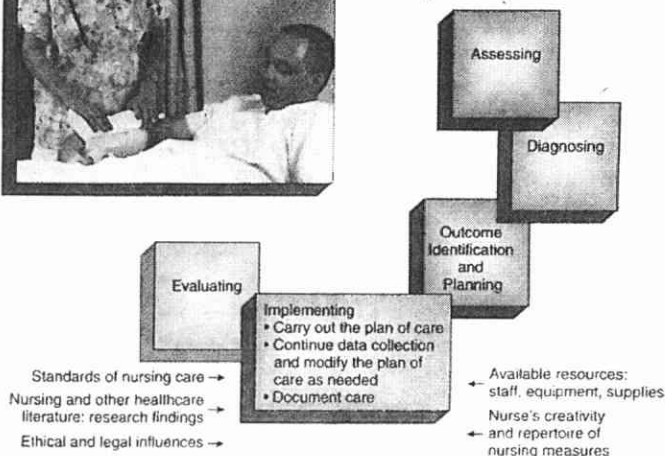
مثالهایی از طبقه بندی مداخلات پرستاری (NIC)

اجرای مراقبت از بیمار و یاری به خانواده وی جهت نگهداری از بیمار خود در منزل

طبقه‌بندی مداخلات پرستاری می‌تواند برای اجرای مراقبت از بیمار و یاری به خانواده وی جهت نگهداری از بیمار خود در منزل به عنوان مکانی لذت بخش و تمیز و سالم نیازمند کمک نماید و این طبقه‌بندی مورد استفاده قرار گیرد. جهت کمک به نگهداری بیمار در منزل از فعالیتهای پرستاری زیر می‌توان استفاده کرد:

- تعیین احتیاجات لازم جهت نگهداری بیمار در منزل
- استفاده از نظرات بیمار و خانواده وی در تصمیم‌گیری جهت مهیا ساختن نیازمندیهای لازم برای نگهداری وی
- پیشنهاد برای تغییرات ضروری در ساختار منزل جهت آماده نمودن این مکان برای مراقبت و پذیرایی از بیمار
- مهیا کردن اطلاعات لازم جهت کمک به بیمار و خانواده وی برای تمیز و ایمن نگه داشتن منزل
- توصیه جهت کنترل همه بوهای ناخوشایند
- در صورت نیاز توصیه به استفاده از خدمات کنترل کننده
- پیشنهاد جهت حل مشکلات اقتصادی
- توصیه به سرویسهای خدمات منزل جهت مهیا کردن محیطی منتضی با شرایط بیمار
- مهیا کردن اطلاعات لازم جهت آسودگی موقت بیمار در صورت لزوم.





شکل ۱ـ۱۵. اجرا: اجرا در فرآیند پرستاری انجام طرح مراقبتی است که نسبت به پاسخ متقابل بیمار، تغییر و تعدیل می‌یابد. متغیرهای متعددی در روش اجرای طرحهای مراقبتی تأثیر دارند.

پرستار به عنوان هماهنگ کننده

یکی از مهمترین نقشهای پرستار در تقسیم مراقبتی بهداشتی نقش هماهنگ کننده وی می‌باشد. هنگامی که طرحهای مراقبتی به اجزاء کوچکتر قابل اجراء تقسیم می‌شود و بیمار متوجه می‌شود که متخصصینی که از وی مراقبت می‌کنند به دیدگاهها و جنبه‌های متفاوت نیازهای مددجو علاقمند می‌باشند و در طرحهای مراقبتی به این عامل توجه خاصی دارند اجرای مراقبتها بسیار ساده می‌شود. ضمن این که بیماران از این مسئله که هیچ‌کس واقعاً آنها را درک نکرده شاکی بوده و درباره ترتیبات کار و چگونگی تأثیر اقدامات برآیند آنان می‌خواهند گفتگو نمایند. در بدترین وضعیت ممکن است دستورات متخصصین مختلف با یکدیگر متضاد بوده و سبب ایجاد تأثیرات متقابل گردد. بنابراین حضور مداوم پرستاران در کنار دیگر اعضای حرفه‌ای تیم مراقبتی بهداشتی و آماده کردن نتایج مشاوره حاصل از بررسی بیماران توسط متخصصین را برای بیماران و اعضای خانواده آنها تفسیر نموده و بیماران را برای حداکثر شرکت در طرحهای مراقبتی قبل و بعد از ترخیص آماده کرده و به عنوان یک رابط بین اعضاء تیم مراقبتی و بهداشتی عمل نماید. پرستاری که این چنین عمل نماید متخصص در نقش هماهنگ کننده مراقبت و درمان می‌باشد.

برگردید به عقب و به آنتونی براون کودک نوپایی که در شروع فصل توصیف شده بود فکر کنید به عنوان نتیجه می‌توان اشاره نمود و در مورد این کودک نوپایی که دچار تأخیر در رشد است پرستار نقش‌های متفاوتی در مراقبت از وی دارد که نقش هماهنگ کننده از مهمترین نقشها می‌باشد. اطمینان از ارتباط مناسب بین تمامی اعضای تیم مراقبتی از نقشهای دیگر پرستار است. بعلاوه پرستار بایستی جهت اطمینان از ارتباط مناسب بین اعضای تیم درمان و مادر بزرگ نوزاد به عنوان یک رابط عمل نماید تا مشخص شود مادر بزرگ وی نحوه مراقبت از نوپا را درک کرده است.

انواع مداخلات پرستاری

هنگامی که پرستار مداخلاتی را در طرح مراقبتی تعریف می‌نماید در واقع او برنامه مراقبتی را عملیاتی و اجرایی می‌کند. در زمان اجرای طرحهای‌مراقبتی عملکرد پرستاران به سه‌صورت مستقل، وابسته و همکاری با دیگران صورت می‌پذیرد. اینها سه نوع از مداخلات پرستاری است که در این فصل توصیف خواهد شد.

جدول ۲ـ۱۵. حیطه‌ها و طبقه‌بندی مداخلات پرستاری

راهبردهای لازم جهت اجرای طرحهای مراقبتی در فرایند پرستاری در چارچوب زیر لیست شده‌اند:

حیطه اول	حیطه دوم	حیطه سوم	حیطه چهارم	حیطه پنجم	حیطه ششم	حیطه هفتم
۱ـ فیزیولوژیک: پایه مراقبتهایی که عملکردهای فیزیکی را حمایت می‌نماید.	۲ـ فیزیولوژیک: پیچیده مراقبت‌هایی که تنظیم هموستاتیک را حمایت می‌نماید.	۳ـ رفتاری: مراقبتهایی که عملکردهای فیزیولوژیک را حمایت نموده و در تغییرات شیوه زندگی تسهیل ایجاد می‌نماید.	۴ـ ایمنی: مراقبت‌هایی که مددجو را از عوامل مضر حمایت و حفاظت می‌نماید.	۵ـ خانواده: مراقبت‌هایی که واحد خانواده را حمایت نماید.	۶ـ سیستم بهداشتی: مراقبتهایی که سبب استفاده موثر مددجو از سیستم‌های مراقبتی بهداشتی می‌گردد.	۷ـ جامعه: مراقبتی که سلامتی را در جامعه حمایت می‌نماید.
ـ اداره فعالیت و تمرینات ورزشی: مداخلات جهت سازماندهی یا کمک به فعالیتهای فیزیکی و مصرف انرژی تدابیر لازم جهت دفع: مداخلات لازم جهت ثبات و نگهداری الگوی طبیعی دفع ادرار و مدفوع و کنترل عوارض ناشی از تغییر در این الگو تسهیلات مراقبت از خود: مداخلات لازم جهت مهیا نمودن و یا کمک به فعالیتهای روزمره زندگی فرد ـ مراقبت‌های قبل از عمل جراحی: مداخلات جهت مهیا نمودن مراقبت عمل در مدت بلافاصله پس از جراحی تدابیر تنفسی: مداخلات ضروری جهت ترفیع راه هوایی و تعویض گازها	تدابیر لازم جهت کنترل الکترولیتها و اسید و باز: مداخلات جهت تنظیم الکترولیتها، تعادل پایه اسیدی و پیشگیری از عوارض تدابیر دارویی: مداخلات لازم جهت تسهیل در تأثیر عوامل فارماکولوژیک: مداخلات جهت عملکرد مناسب نورولوژیک تدابیر لازم در ارتباط با پوست و زخم: مداخلات لازم جهت حفظ و نگهداری پیوستگی بافتی. تنظیم دما: مداخلات ضروری جهت حفظ دمای بدن در محدودهٔ طبیعی تدابیر لازم جهت اکسیژن‌رسانی نسجی: مداخلات لازم برای بررسی دقیق گردش خون و مایعات در نسوج	ـ رفتار درمانی: مداخلات جهت تقویت و یا ترفیع رفتارهای مطلوب یا تغییر در رفتارهای غیر مطلوب شناخت درمانی: مداخلات جهت تقویت و یا ترفیع عملکردشناختی مطلوب و یا تغییر در عملکرد شناختی غیر مطلوب ـ افزایش ارتباطات: مداخلات جهت تسهیل در فرستادن یا دریافت پیامهای کلامی یا غیر کلامی مساعدت جهت تطابق: مداخلات ضروری برای کمک به تقویت قدرت تطابق فرد با تغییر در عملکرد یا دستیابی به بالاترین سطح توانایی‌های قابل دست یافتن در فرد. آموزش به بیمار: مداخلات جهت تسهیل در امر فراگیری بیمار ارتقاء آسایش روانی: مداخلات ضروری برای ارتقاء راحتی و آسایش بیمار با استفاده از تکنیکهای روانشناختی	ـ مدیریت بحران مداخلات برای مهیا کردن کمکهای فوری در بحرانهای فیزیولوژیک و بحرانهای روحی روانی ادارهٔ عوامل خطرزا: انجام مداخلات کاهش دهنده فعالیت خطرزا و ادامه کنترل عوامل خطرزا در تمام مدت	مراقبت در زمان تولد کودک: مداخلات جهت کمک در درک و تطابق با تغییرات روحی و روانی و فیزیولوژیک در طول مدت بچه‌دار شدن مراقبت در مدت زندگی: مداخلات جهت تسهیل در عملکرد واحدخانواده و ترفیع سلامتی و رفاه اعضاء خانواده در طول زندگی مراقبت در مدت زندگی کودک: عوامل خطرزا در تمام مدت	میانجیگری سیستم‌های بهداشتی، مداخلات جهت تسهیل ارتباط بین بیمار، خانواده و سیستم بهداشتی مراقبتی تدابیر لازم در ارتباط با سیستم بهداشتی مداخلات لازم جهت مهیا نمودن مراقبت و افزایش خدمات حمایتی برای ارایه مراقبت ها تدابیر اطلاعاتی: مداخلات لازم جهت تسهیل در ارتباطات مناسب بین بیمار، خانواده و پرسنل تیم بهداشتی، مراقبتی	ترفیع سلامتی جامعه: مداخلاتی که سلامتی را در تمام جامعه ارتقاء می‌دهد. اداره عوامل خطرزا در جامعه: انجام مداخلاتی که به آشکار کردن عوامل خطرزا و پیشگیری از این عوامل در تمام جامعه برای حفظ سلامتی منجر می‌شود.

اعمال مستقل پرستاری

مداخلات مقدماتی پرستار یا اعمال پرستاری مستقل عبارتست از انجام مداخلاتی که توسط پرستار تجویز و در غالب طرح مراقبت پرستاری نوشته شده است بعلاوه اعمال دیگری که پرستار بدون توصیه و نظارت دیگر افراد حرفه‌ای تیم مراقبتی بهداشتی و با استفاده از نتایج کسب شده از بررسی نیازهای بیمار انجام می‌دهد نیز جزء اعمال پرستاری مستقل محسوب می‌گردد. پرستاران از دیدگاه قانون مسئول نحوه ارزیابی و پاسخ متقابل و انجام اعمال پرستاری پس از ارزیابی مزبور می‌باشند.پروتوکلها و دستورات پایدار سبب افزایش تطابق اقدامات پرستاری در موقعیت‌هایی است که به طور واضح تعریف شده است.

پروتوکلها طرحهای نوشته شده‌ای است که جزئیات اجرای فعالیتهای پرستاری را در موقعیت‌های اختصاصی تعیین می‌نماید. اگرچه بعضی از پروتوکلهای اختصاصی در ارتباط با جنبه‌های روتین مراقبت پرستاری می‌باشد (بطور مثال پروتوکلهایی که مسئولیت پرستاری را در هنگام پذیرش و یا ترخیص یک بیمار در یک موسسه بهداشتی مشخص می‌نماید) پروتکلهای دیگر شامل دستورات ثابتی است که به پرستار اختیار می‌دهد اعمالی را که معمولاً نیاز به دستور پزشک یا نظارت وی دارد را اجرا نماید.

مثالهایی شامل پروتوکلهای پذیرش برای بیماران زنان و زایمان، پروتوکلهایی ضروری برای مداخلات روده‌ای جهت آماده‌سازی مددجو برای مراقبت‌های خاص، دستورات استاندارد برای بیمارانی که با مواد مخدر مسموم شده و پرستاران بخش اورژانس با تجویز این دستورات می‌توانند ضعف سیستم تنفس را اصلاح نمایند. همچنین دستورات استاندارد جهت کنترل درد، که پرستاران را در انتخاب داروی مناسب یاری می‌کند.

اعمال پرستاری وابسته و مداخلات مشترک

مداخلات اولیه پزشک یا اعمال پرستاری وابسته عبارتست از انجام تجویزها یا دستورات پزشک که بر طبق آن توصیه‌ها اعمال پرستاری اختصاصی توسط پرستاران دریافت کننده دستورات اجرا می‌شود. پرستاران در مقابل دستورات وابسته‌ای که اجرا می‌کنند و همچنین وضوح دستورات مبهم و سوال برانگیز مسئول هستند.

جیمز مک ماهون بیماری با وضعیت بحرانی را که در بخش مراقبت‌های ویژه مراقبت می‌شود را به خاطر می‌آورید؟ پرستار مایعات و دارودرمانی را بر اساس دستورات نوشته شده پزشک به بیمار تجویز می‌کرد.

مداخلات مشترک و توام با همکاری یا اعمال پرستاری وابسته به یکدیگر اعمالی است که با بهم پیوستن و همکاری پرستاران و افراد دیگر تیم مراقبتی بهداشتی انجام می‌پذیرد. بدلیل‌امروزه تعاملات و همکاری شجاعانه پرستاران با افراد دیگر عضو تیم درمان رو به افزایش است و این امر به دلیل احترام ویژه‌ای است که اعضای تیم درمان برای پرستار به عنوان فردی حرفه‌ای دانشگاهی با آگاهی‌های برجسته قائل می‌شوند.

سه نوع از مداخلات پرستاری را می‌توان در مثال مطرح شده آنتونی براون کودک نوپایی که دچار مشکلات سیستم معدی روده‌ای و تأخیر در رشد و تکامل می‌باشد نشان داد. در صورتی که پزشک دستور انجام مجموعه گرافی‌های سیستم معدی روده‌ای را جهت بررسی بدهد این وظیفه پرستار است که جهت اجرای مناسب این دستور برای پاکیزگی روده برنامه‌ریزی نماید. این عمل پرستاری یک مداخله شروع شده توسط پزشک است هنگامی که پرستار احساس می‌نماید که مادر بزرگ از اهداف بررسی‌ها دچار ترس غیر معمول شده، به دنبال یافتن علل ترس و برنامه‌ریزی مناسب جهت آموزش ، مشاوره وی می‌باشد تا ترس او را کنترل نماید یک مداخله پرستاری را شروع کرده است. هنگامی که یک پرستار با گروهی در ارتباط با نارسایی رشد کودک نو بحث می‌کنند؛ یک اقدام مشترک را با متخصص روانپزشکی، متخصص گوارش، مددکار اجتماعی متخصص رشد اطفال را انجام می‌دهد تا یک برنامه‌ریز جامع مقدماتی شکل گیرد. این مداخله همان طور ک اشاره شد یک مداخله مشترک پرستاری می‌باشد.

اجرای برنامه مراقبتی

هنگامی که طرح مراقبتی اجرا می‌شود پرستاران از توانایی‌ها اختصاصی خویش در ارتباط با موارد زیر استفاده می‌نمایند.

(۱) تعیین نیاز بیمار به ادامه کمک‌ها و مراقبت‌های پرستاری

(۲) ترفیع مراقبت از خود در بیمار

(۳) کمک به بیمار در دستیابی به اهداف سلامتی

ارزیابی مجدد بیمار و مرور برنامه مراقبتی

شرایط بیمار ممکن است در زمان محدودی تغییر نماید بنابرا ارزیابی دقیق بیمار قبل از شروع در مداخلهٔ پرستاری حیاتی ضروری بوده تا پرستار مطمئن شود که برنامه مراقبتی هنوز پاسخ به نیاز بیمار است و همچنان اولویت دارد.

این مسئله برای هر پرستاری با اهمیت است که در زمان اجرا مراقبت پرستاری به نکات زیر توجه نماید:

- مطمئن باشد که مداخلات پرستاری توسط منطق و دانش روز حمایت می‌شود و از الگوی عملکرد بر اساس شواهد حمایت می‌شود.
- مطمئن باشد که مداخله پرستاری با استانداردهای حرفه‌ای منطبق است و توسط پروتوکلها خط مشی و قوانین مؤسسه حمایت می‌شود.
- مطمئن باشدکه اعمال پرستاری که اجرا می‌شود کاملاً ایمن بوده و با توجه به شرایط فردی مددجو بهترین انتخاب است.
- دستورات مورد سوال را مشخص نماید.

پیش‌نیاز مهارتهای پرستاری

جهت اجرای طرح مراقبت پرستاری، پرستاران به مهارتهای شناختی، ارتباط بین فرد، تکنیکی و قانونی و اخلاقی نیازمندند. هر پرستاری ترکیب منحصر به فردی از این مهارتها را داشته و می‌تواند به طورموثر توانایی‌های خود را جهت تطابق با نیازهای بیمار در مراقبت پرستاری افزایش دهد.

جیمز مک ماهون بیمار ویژه‌ای که در بخش مراقبت‌های حاد مراقبت می‌شد را به خاطر می‌آورید؟ اگرچه مهارتهای تکنیکی کلید مؤثری در مراقبت در این عرصه است اما همچنین پرستار جهت اجرای مراقبت‌های پرستاری به ترکیبی از مهارتهای اخلاقی، قانونی، علمی و بین فردی نیاز دارد زیرا بیمار مجموعه‌ای از نیازهای مختلف دارد.

این مهارتهای ترکیبی در فصل ۱۱ توصیف شده است و در شروع هر فصل نیز مطرح شده است. چنانچه شما متوجه می‌شوید که جهت اجرای ایمن مراقبت پرستاری به کسب مهارت خاصی نیاز دارید از مربیان آموزشی پرستاری و پرستاران با تجربه و با صلاحیت کمک بگیرید.

سازماندهی منابع

اجرای موفقیت‌آمیز برنامه‌های مراقبتی به سازماندهی و کارایی مناسب تجهیزات و محیط مناسب نیاز دارد.

بیمار و ملاقات کنندگان بیمار

مطمئن شوید که بیمار از نظر جسمانی و روحی روانی برای آنچه که شما می‌خواهید انجام دهید آماده می‌باشد. بیشتر مداخلات برای بیمار به دلیل این که بیمار خیلی درد دارد یا از درک اعمال شما عاجز است، یا به دلیل پریشانی و نگرانی که دارد، یا زمان نامناسب (ممکن است بخواهد با ملاقات کننده‌ها صحبت کرده یا تلویزیون تماشا کند) موفقیت‌آمیز نیست. چنانچه ملاقات‌کننده‌ها در اتاق حضور دارند کنترل نمایید که آیا بیمار تمایل دارد در حضور ملاقات‌کنندگان اعمال مراقبتی (پروسیجر) انجام شود؟

تجهیزات

تمامی تجهیزاتی را که برای اجرای موفقیت‌آمیز اعمال و مداخلات پرستاری بر بالین بیمار نیاز دارید از قبل حدس بزنید و سعی نمایید این تجهیزات را مهیا و مرتب نمایید. در شروع شیفت مطمئن باشید که تجهیزات انتظارات شما را برآورده خواهد نمود. همچنین این تجهیزات هنگامی که شما بخش را ترک می‌کنید، برای پرستاران دیگر نیز در مراقبت کفایت نماید. مدیریت نمایید تا تجهیزات و کار با آنها بر اساس خط مشی موسسه باشد.

تعداد زیادی از پرستاران در هنگام اجرای مراقبت‌های پرستاری آسیب می‌بینند، زیر آنها استانداردها را خوب استفاده نکرده، یا به موقع کمک نمی‌گیرند؛ مانند آسیب دیدن در هنگام جابجایی یا انتقال بیمار سنگینی که محدودیت حرکتی دارد.

محیط

فکر کنید چگونه محیط شما جهت اجرای مداخلات مناسب خواهد بود. به هنگام اجرای مداخلات پرستاری به شأن انسانی بیمار، خلوت وی و نیازهای ایمنی او توجه خاص و ویژه نمایید. حریم خصوصی بیمار در اجرای روتین مراقبت‌های پرستاری در بعضی موارد که درب بسته نمی‌شود و یا محیط خصوصی رعایت نمی‌شود به خطر می‌افتد و احتمال هتک حرمت بیمار هست. به هر حال توجه به این امر هنگامی که در کنار بیمار کسی هست یا احتمال ورود کسی وجود دارد، بسیار با اهمیت می‌باشد. برای مثال چنانچه قرار است بیمار تنقیه شود این مسئله می‌تواند سبب دستپاچگی و مزاحمت بیمار شده و برای او و هم اتاق‌های وی ناخوشایند باشد. با برنامه‌ریزی می‌توان با زمان‌بندی مناسب در هنگام اجرای پروسیجر در حمام و یا زمانی که هم اتاق بیمار در اتاق نیست، به خوبی حریم خصوصی بیمار را رعایت نمود.

پرسنل

جهت اجرای مداخلات پرستاری برنامه‌ریزی شده مشخص نمایید آیا مستقل اجرا خواهد شد یا کمک می‌خواهید؟ هم بیماران و هم افراد حرفه‌ای مراقبت‌دهنده در صورتی که درست انتخاب نشوند و یا پرسنل متخصص ناکافی باشند مضراتی متوجه مددجو

خواهد بود. یک دانشجو ممکن است به سادگی فکر کند که انرژی وی به تنهایی جهت جابجایی بیمار بزرگسال کافی است اما اگر یک فرد باتجربه در کنار تخت وی باشد متوجه می‌شود که جهت جابجایی این بیمار به نیروی فیزیکی بیشتری نیازمند است. فردی که مسئول گروه است می‌تواند مشخص نماید که در زمان جابجایی چه فردی می‌تواند کمک نماید. سپس تیم می‌توانند برنامه‌ریزی نماید تا در زمان نیاز به کمک از فرد تعین شده استفاده کند.

پیش بینی موقعیتها و اهداف غیر منتظره

هنگامی که شما دربارهٔ پروسیجرهای جدید پرستاری آموزش می‌بینید غالباً عوارض جانبی برای شما توصیف و لیست می‌شود. در حالی که هر شخصی امیدوار است که مرتکب خطا و در نتیجه مسئولیت جانبی آن نشود بارها این مسئله اتفاق می‌افتد. پرستار ماهر می‌داند که ممکن است مداخلات اشتباه اجرا شوند و چالش جدیدی را ایجاد نمایند. می‌توان با بررسی دقیق بیمار را حمایت نمود و از ایجاد عارضه پیشگیری نمود بطور مثال در هنگامی که برای اولین بار بیماری پس از جراحی از بستر خارج می‌شود چقدر جهت پیشگیری از زمین خوردن نیاز به کمک دارد و یا خود را آماده کردن برای این که بیماری از سوزش ناحیه تزریق وریدی شکایت کند. برای توجه بیشتر به موقعیت‌های جدید و اهداف غیر منتظره از کتاب مهارتهای بالینی تیلور و راهنمای ویدیویی کلینیک تیلور استفاده نمایید.

ارتقاء مراقبت از خود: آموزش، مشاوره و دفاع از حقوق بیمار

اگرچه بیشتر مردم قادر هستند نیازهای اساسی اولیه انسانی خود را برآورد نمایند ناخوشی و استرس ناشی از تشخیص و درمان ممکن است مانع اعمال عادی مراقبت از خود گردد. پرستار بایستی توانایی‌های دستیابی مستقلانه بیمار را به نیازهای اساسی انسانی ارزیابی نماید. پرستاران می‌توانند به وسیله انجام اقدامات اختصاصی و تشویق رفتارهای بیمارگونه مثل وابستگی نامناسب را اصلاح نمایند. برعکس در زمان و مکان خاصی هم پرستار بایستی مراقبتی کاملاً دلسوزانه و صمیمانه انجام دهد تا بدین وسیله به بیمار اظهار نماید شما نیز می‌توانید این کار را برای خودتان انجام دهید و فقط این بار من انجام دادم حالا ما می‌توانیم در این رابطه با یکدیگر گفتگو نماییم. یکی از مهمترین اجزاء هنر پرستاری دعوت از بیمار برای تلاش در جهت انجام بهترین اعمال مراقبت از خود برای دستیابی به نیازهای اساسی بشری در وی می‌باشد.

خانم استیل موریس خانم ۸۶ ساله‌ای را که در خانه سالمندان زندگی می‌کرد و می‌خواست بمیرد را به خاطر می‌آورید؟ در این مورد پرستار بایستی حداکثر توانایی خود رادر کاربرد دانش، مشاوره و حمایت از مددجو در قالب یک برنامه مراقبتی مناسب که نیازهای مددجو را برآورده نماید به کارگیرد.

طرح مراقبت پرستاری بایستی شامل آموزش‌های اختصاصی برای مداخلات پرستاری در جهت دستیابی بیمار به کلیه نیازهای اساسی بشر باشد. این طرح‌ها بایستی شامل تشویق‌های مداوم پرستاری جهت ترفیع استقلال در اعمال بیمار بوده و هنگام انجام اعمال مراقبت از خود معمول (یا کمک در انجام این اعمال) بایستی طرح شامل (مثال مراقبت از کلستومی)، آموزش زمان اجرای پروسیجر، تجهیزات مورد استفاده، فرایند و سطح دخالت بیمار در انجام اعمال مورد نظر باشد. تداوم مراقبت‌های پرستاری یکی از عوامل بسیار ضروری در تأمین آسایش روزمره بیمار باشد.

اگر بیماران و اقوام آنها تمایل داشته باشند به طور فعال به دنبال کسب حداکثر مطلوب سلامتی، پیشگیری از بیماری و ناخوشی، بازگشت سلامتی و آموختن چگونگی تطابق با تغییر در عملکرد باشند، نیازمند تسلط کامل و مؤثر بر رفتارهای مراقبت از خود هستند. پرستاران نسبت به اهمیت آموزش مستقیم بیمار و مراقبت از خود حساس بوده و از تعاملات بین پرستار و بیمار برای برنامه‌ریزی و آموزش، مشاوره و دفاع از حقوق بیمار، به طور همزمان استفاده می‌نمایند. این نقش پرستاری در فصل‌های ۶ (ارزشها و اخلاق در پرستاری) و فصل ۲۲ (پرستار به عنوان معلم و مشاور) بحث شده است. برای مثال هنگامی که از کودکی که اخیراً بر روی وی تشخیص بیماری سیستیک فیبروزیس گذاشته شده است مراقبت می‌کنید بایستی بطور مداوم با والدین وی کار کنید و هدف شما کمک به آنها جهت توسعه دانش و مهارتی باشد تا آنها قادر باشند بعد از ترخیص کودک از وی مراقبت نمایند.

ارجاع خانواده به گروههای حمایتی مددجو در جامعه یا هر منبع دیگر حمایتی شانس توسعه رفتارهای مراقبت از خود را افزایش می‌دهد. به چهارچوبی که همراه فصل است و مثال آن توجه نمایید. دیدگاه خانوادهٔ مراقبت دهنده، توصیف تجربه شوهری که از همسرش بعد از ترخیص در منزل مراقبت می‌نماید.

از دید خانواده مراقبت کننده

پرستاران هرگز به من نگفتند که روزهایی شبیه به امروز خواهم داشت. هنگامی که شوهرم ناخوش شد من آمادگی سوار شدن بر این کشتی غوطه‌ور در یک موج بزرگ را نداشتم. همسر من در شرایط اورژانس در بیمارستان پذیرفته شد و هنگامی که تعادل الکترولیتها در وی بهم خورد او کم‌کم گیج شد سپس دچار ایست قلبی شد و تحت احیای قلبی قرار گرفت و زیر دستگاه ونتیلاتو (تهویه مصنوعی) قرار داده شد. به وی آرام‌بخش تجویز گردید زیرا همسرم از قرار گرفتن زیر دستگاه تهویه مصنوعی نگران بود من پایین تخت وی رسیدم و برای روزها کنارش نشستم و با او صحبت کردم اگرچه، اگر صدای مرا می‌شنید متعجب می‌شدم. روزها هنگامی که آنها شوهرم را از خواب خارج می‌کردند به محض این که مرا می‌شناخت ابراز گرسنگی می‌کرد و غذای واقعی می‌خواست این مسئله روح مرا می‌آزرد. روز بعد هنگامی که به بیمارستان آمدم و مجدداً در کنار بستر وی قرار گرفتم، مشاهده کردم که ملحفه تا روی مچ پای او قرار گرفته و قفسه‌سینه نیز توسط گان بیمارستان پوشانده شد و مانند یک عروسک کهنهٔ مچاله شده و گیج در بستر قرار دارد. شروع کردم به گریه کردن و پرستار آمد بازوی مرا گرفت و از آنجا دورم ساخت او گفت: فکر نکن که شوهرت بدتر شده است در آینده روزهای خوبی خواهید داشت و روزهای بد وی تمام شده است. هیچ کس مرا برای این وضعیت آماده نکرده بود و فقط پرستار مرا از آنجا دور کرد و از کلمات تسلی‌بخش استفاده نمود.

هنگامی که پس از ۶ هفته شوهرم را از بیمارستان به منزل آوردم من آمادگی مقابله با عصبانیت وی را که ناشی از محدود شدن در منزل و نداشتن اجازه رانندگی بود را نداشتم دلیل دیگر این که موهای وی را کوتاه کرده بودند و او در مدت ۲ ماه احساسی نسبت به خود نداشت و کسی راجع به مراقبت از موهایش با وی صحبت نکرده بود تا در نتیجه عصبانیت وی را تسکین دهد. او نمی‌توانست این حقیقت را که ضعیف شده است را بپذیرد. وی روزانه بایستی بیشتر از یک مرتبه از پله‌ها بالا و پایین می‌رفت بنابراین اصرار می‌کرد که به زیر زمین برود. پایین رفتن ساده بود اما بالا آمدن این طور نبود ما فراموش کرده بودیم که چهار پله آخر نرده ندارد تا وی برای بالا کشیدن خود از آن استفاده نماید. او یک مرتبه این مشکل را با نشستن روی پله و کشیدن خودش بر روی پلکان بعدی حل نمود سپس به بالاترین پله که رسید نتوانست بایستد من هم نتوانستم او را بلند نمایم ما به زمین چسبیده بودیم دو مرتبه نوک دایو (وسیله شیرجه زدن) را گرفته بودم من فکر کردم فهمیدم که چطور مشکل وی را می‌توانم تعدیل کنم من می‌دانستم که او در آینده افسرده خواهد شد و انتظار دارد که بر من تکیه نماید اما من آمادگی پذیرفتن این شرایط را نداشتم این مسئله سبب ایجاد عصبانیت در من شده بود اگر از قبل کسی مرا برای این مسئله آماده می‌کرد فوق‌العاده مفید بود. یا اینطور زیباتر بود که پرستاری حالا بازوی مرا می‌گرفت و از غوطه ور شدن در این موج بزرگ دورم می‌ساخت.

کمک به بیماران جهت دستیابی به برآیندهای مورد انتظار سلامتی

در این مرحله از فرآیند اجرا؛ تیم پرستاری، دستورات مشخص شده در طرح مراقبت پرستاری را انجام می‌دهد. چنانچه طرح مراقبتی خوب بنا گردد اجرای دستورات یکی از مهمترین وظایف پرستاران بوده و باید به اولویتها در اجرا توجه شود.

اعمال پرستاری طراحی شده برای تأثیر مثبت و ارتقاء دستیابی به اهداف مورد انتظار و حل مشکلات سلامتی بایستی با دقت زیاد اجرا گردد (طبقه‌بندی مداخلات پرستاری جهت مراقبت در منزل). استفاده از مداخلات پرستاری طبقه‌بندی شده در اجرای طرح‌های مراقبتی برای یک بیمار و خانوادهٔ نیازمند کمک جهت نگهداری بیماری در منزل توصیه می‌شود. راهبردهای اجرای استاندارد مراقبت‌های پرستاری در کادر ۱ـ۱۵ فهرست شده است.

به دلیل کمبود نیرو و پرسنل و همچنین وقت جهت انجام اقدامات پرستاری، پرستاران بایستی بیاموزند که بطور منطقی از وقت خود استفاده نموده و حداکثر تعامل و مواجه با بیمار را داشته باشند. بطور مثال: حمام بیمار می‌تواند یک حمام ساده باشد یا این که هنگامی که بیمار حمام می‌کند می‌تواند زمان مناسبی جهت کسب اطلاعات اضافی، برقراری ارتباط برای کسب تجربیاتی که بیمار علاقمند به آن می‌باشد و یا حمایت و آموزش و مشاوره‌های مقتضی برای وی باشد شما به عنوان یک پرستار ۳۰ دقیقه وقت دارید تا بیمار را در اتاقش حمام نمایید. حالا چطور فرد پرستار می‌تواند در زمان مذکور بطور مؤثری به بیمار کمک کند تا به اهداف قابل انتظار خود دست یابد. به مثال مطرح شده در ضمیمه بخش توجه نمایید از دید یک دانشجو: حمامی که برای وی بسیار با اهمیت است.

متغیرهایی که بر روی دستیابی به اهداف قابل انتظار مؤثر است

زمانی که با بیماران جهت دستیابی به اهداف اختصاصی قابل انتظار در طرح مراقبتی کار می‌کنید بخاطر بسپارید که هیچ چیزی در طرح مراقبتی ثابت نمی‌باشد بعضی از مهمترین متغیرهایی که چگونگی اجرای طرح مراقبتی را تحت تأثیر خود قرار میدهد به قرار زیر است:

متغیر بیمار

بیمار اولین تعیین کننده چگونگی اجرای مداخلات پرستاری است. پرستاران موفق، اعمال پرستاری را بر طبق خصوصیات بیمار که در زیر آمده است تعدیل می‌نمایند:

(۱) توانایی، تغییر و تمایل به شرکت در طرح مراقبتی و

کادر ۱ـ۱۵. راهبردهای اجراانتظار

- هنگامی که مراقبت‌های پرستاری را اجرا می‌نمایید به خاطر بسپارید بایستی با بیمار و خانواده‌اش مشارکت نمایید.
- قبل از اجرا هر اقدام پرستاری، حتماً مجدداً بیمار را ارزیابی نمایید تا مطمئن شوید که بیمار هنوز به اقدام شما نیازمند است.
- با صلاحیت لازم به بیمار نزدیک شوید از نحوه اجرای اقدامات پرستاری آگاه باشید. بدانید چرا اقدام انجام می‌شود و عوارض جانبی بالقوه این عمل کدامست؟ آیا تمام وسایل و تجهیزات در دسترس آماده می‌باشد.
- ارتباطی واضح با بیمار برقرار نمایید. اقدامات پرستاری را با زبانی قابل درک برای بیمار توضیح دهید ارتباطی بی‌ریا درباره آن چیزی که بیمار علاقمند است تجربه نماید برقرار کنید.
- مداخلات پرستاری را بر اساس خصوصیات بیمار که در زیر اشاره شده است تعدیل نمایید:
(۱) زمینه تکامل و وضعیت روانی اجتماعی بیمار
(۲) توانایی و میل به شرکت در طرحهای مراقبتی
(۳) پاسخ متقابل به شاخص‌های قبلی پرستاری و پیشرفت در دستیابی به اهداف قابل انتظار
- مطمئن شوید که مداخلات پرستاری انتخاب شده منطقی و از استاندارد لازم برخوردار است و با راهبردهای اخلاقی و قانونی منطبق می‌باشد.
- همیشه از خودتان بپرسید آیا مداخلات پرستاری انتخاب شده با توجه به تغییرات احتمالی بهترین مداخله است با اطلاعات، دانش جدید پرستاری و با استفاده از مشاوره با دانشکده‌های پرستاری احتمالاً اقدامات شما موفقیت‌آمیزتر است. تأثیر مداخلات انتخاب شده را به طور مداوم ارزشیابی نمایید، به هر عاملی که بر روی دسترسی به اهداف قابل انتظار تأثیر مثبت و منفی دارد توجه نمایید.
- فهرست مهارتها و مداخلات پرستاری را توسعه دهید امکان انتخاب بهترین مداخلات پرستاری احتمال موفقیت را بیشتر می‌نماید.

(۲) پاسخ‌های متقابل قبلی، نسبت به مداخلات پرستاری و پیشرفت در دستیابی به اهداف قابل انتظار از دیگر متغیرهای مهم در بیمار می‌توان به مرحله رشد و تکامل و زمینه روانی اجتماعی بیمار اشاره کرد.

مراحل رشد و تکامل

توجه به نیازهای رشد و تکامل بیمار نسبت به تعیین ساده مرحله رشد و تکامل در طرح مراقبتی بسیار با اهمیت است. اعمال تکاملی وابسته به این مرحله و ارتباط این امر با مراقبت پرستاری بندرت نیاز به توجه دارد. بطور مثال ممکن است پرستار به والدین یک نوزاد که در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان مراقبت می‌شود توصیه نماید که جهت تحریک نوزاد صدایشان را روی نوار ضبط صوت ضبط نمایند پرستار بایستی دقت نماید که به والدین بیمار راجع به مراحل رشد و تکامل و خصوصیات و اعمالی

از دید یک دانشجو

یکی از اولین بیماران من خانمی با تاریخچه بیماری آلزایمر بود. هنگامی که من برای این بیمار در نظر گرفته شدم فهمیدم که روز خوبی نخواهم داشت چون هفته گذشته زمانی که با بخش اشنا می‌شدم با این بیمار کار کرده بودم او بر روی یک صندلی در راهرو نشسته بود در حالی که صدای تنفس زیادی داشت و خلط و ترشحاتش را کف راهرو می‌انداخت. گهگاهی او هرکسی را که از آنجا می‌گذشت نیز نفرین می‌کرد. یک نفس عمیق کشیدم و وارد اتاق وی شدم کنار تخت او قرار گرفتم و خودم را معرفی کردم وی با گفتن کلمات محدودی از من خواست اتاق را ترک کنم من سعی کردم پاسخ وی را ندیده بگیرم و سینی صبحانه وی را آماده کردم او سینی را به سمت عقب هل داد و تخم‌مرغها را به این طرف و آن طرف اتاق پرتاب کرد. هنگامی که سینی را از وی دور کردم و آش شوربایی را که درست کرده بود تمیز کردم زمان مشاوره اولیه بود. در این مشاوره مربی مسئول به من گفت بیمار را در وان حمام نمایم من یک شکست بزرگ را در وان حمام اتاق می‌دیدم. به همین جهت از حمام کردن وی بیم داشتم. من و مربی‌ام بوسیله صندلی چرخدار او را به وان حمام اتاق بردیم. یکمرتبه وی را متقاعد کردیم که داخل وان برود او هیچ کاری انجام نداد اما بلند داد کشید که سرد است. و آب را باز کردیم و او بلندتر فریاد می‌کشید من می‌دانم که هر فردی می‌تواند صدای فریاد و نفرین او را در راهرو بشنود اما زمانی که وی را حمام می‌دادیم او بسیار ساکت بود و جنگ را با من خاتمه داد.

ما حمام وی را کامل کردیم و توسط صندلی چرخدار او را به راهرو اتاق منتقل نمودیم او را لای یک پتو پیچیدم و روی صندلی در راهرو گذاشتم. او بعد از حمام آرام شده بود و به من اجازه داد تا موهایش را برس بزنم و بصورت دم اسبی برایش درست کنم هنگامی که موهای او را برس می‌زدم او احساس خواب‌آلودگی می‌کرد تا زمانی که نهار او برسد من هم چارت را تکمیل کردم. هنگامی که برای دادن نهار بالای سر او و کنارش نشستم و گفتم که می‌خواهم اتاق را ترک کنم او از من تشکر کرد و روز خوبی برای من ساخت و از تمام تلاشها و تقلاهایی که طی روز برای وی انجام داده بودم از من تشکر کرد هنگامی که منزل می‌رفتم بخاطر کمکی که به او کرده بودم واقعاً احساس خوبی داشتم با تمام نگرانیهایی که من در طی روز به دلیل احتمال بروز شکست و آشفتگی که در نتیجه فریاد کشیدن بیمار بر سرم ایجاد شده بود، دید قبلی را که نسبت به بیمار داشتم از دست دادم و راجع به انجام ندادن کاری که بیمار به آن نیاز داشت فکر کردم. در انتهای روز با تشکری که او از من کرد متوجه شدم موقعی که مربی بالینی مرا مجبور به انجام بعضی اقدامات برای بیمارم می‌نماید که پرسنل معمولی بیمارستان آن را انجام نمی‌دهند من نیازهای اساسی وی را برطرف نمودم و بیمارم این امر را تشخیص می‌دهد.

که مراقبت از بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد بطور کلیشه‌ای توضیح ندهد. برای مثال در خانه‌های پرستاری زمانی که پرسنل ایستگاه رادیویی خاصی را انتخاب نموده که در آن موسیقی دلخواه آنها را پخش می‌نماید یا مزاحمهایی که در افراد تیم ایجاد آشفتگی می‌نماید و همچنین نامیدن افراد به اسم‌های خاص مانند موذی و یا طراحی فعالیت‌های گروهی بچگانه برای بعضی از بیماران نادیده گرفتن نیازهای تکاملی افراد مسن می‌باشد شاید بدترین اعتقاد در مورد افراد پیر این اعتقاد باشدکه همه افراد پیر مجبورند منتظر مرگ خویش باشند به هیچ وجه این پدیده یک نیاز تکاملی مناسب برای این گروه سنی نمی‌باشد.

آیا استل موریس مقیم خانه سالمندان را که می‌خواست بمیرد را به یاد می‌آورید؟ در مورد ایشان آگاهی درباره این که در زمان اجرای مراقبت‌های پرستاری چه مسائلی برای بیمار با ارزش است بسیار مهم می‌باشد.

جهت اجرای برنامه مراقبتی جامع و کلی پرستاران باید از روشهای خلاق استفاده کنند تا نیازهای تکاملی بیماران را برآورد نمایند بطور مثال این مسئله که بیمار برای مدت طولانی از خانواده و محیط خانه خودش جدا گردد بسیار مهم و حائز اهمیت است.

به عقب برگردید و کودک نوپا آنتونی براون را که دچار تأخیر در رشد و تکامل شده بود را به خاطر بیاورید. پرستار بایستی مداخلاتی خلاق و منطبق با نیازهای این نوپا را انجام دهد.

زمینه اجتماعی روانی

موارد ذکر شده در مورد نیازهای روحی روانی بیمار نیز صادق است اگرچه تعداد کمی از پرستاران ادعا دارند که بیماران از همه گروههای فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی یکسان هستند اما برخی از اعمال پرستاری یکسان انجام می‌شود. هنگامی که پرستار مداخلات پرستاری را انتخاب می‌نماید حتماً بایستی به زمینه‌های قبلی بیمار توجه کرده و به آنها احترام گذارد.

هنگامی که شما به‌عنوان یک‌پرستار با بیماری مواجه هستید که دچار سوء تغذیه می‌باشد و درآمد محدودی دارد و در یک اتاق مهمانخانه‌ای شبانه روزی زندگی می‌کند به سادگی نمی‌تواند در ارتباط با افزایش مواد پروتئینی در رژیم غذایی به وی آموزش دهید. پرستار برای تأثیر بیشتر بایستی از راهکارهای واقعی و منطقی استفاده نموده تا بیمار بتواند پیشنهادات را پذیرفته و پروتئین رژیم غذایی خود را به روشی مناسب اصلاح نماید. از این گذشته، پرستار نیازمند ارزیابی ارزشهای بیمار در طراحی مراقبت و مداخلات بوده و در صورت لزوم با توجه به تمایلات بیمار تغییراتی را ایجاد می‌نماید.

متغیر پرستار

متغیرهای پرستار که بر روی اجرای طرحهای مراقبتی تأثیر می‌گذارد شامل: سطوح تخصص (مهارت) پرستاری، خلاقیت (توانایی همسان ساختن نیازهای بیمار با استراتژیهای اختصاصی پرستاری) انگیزه و تمایلات در مراقبت و زمان در دسترس پرستار. علاوه بر اینها می‌توان به توسعه مهارت تفکر اقتصادی، روشن بودن اهمیت توانایی پرستاران در تفکر اقتصادی درباره استراتژی مداخلات پرستاری اشاره نمود (به راهبردهای تمرکز انتقادی ۱ـ۱۵ توجه نمایید).

منابع

غالب طرحهای مراقبت پرستاری که به طور استادانه طراحی شده چنانچه تعداد پرسنل و یا تجهیزات در واحد پرستاری کم باشد. بطور کامل مؤثر نخواهد بود. پرسنل، تجهیزات و امکانات کافی در تعیین کیفیت مراقبت از بیمار بسیار با اهمیت است. همچنین وضعیت اقتصادی بیمار و وجود منابع مناسب در جامعه می‌تواند بر روی طرح مراقبتی بیمار تأثیرگذار باشد.

استانداردهای مراقبتی جاری

تمامی اعمال پرستاری برای اجرای برنامه مراقبتی باید دارای استاندارد باشد. همه پرستاران برای یادگیری استانداردهای دستور داده شده در مورداعمال اختصاصی پرستاری مسئول هستند. نارسایی در انطباق اعمال پرستاری با استاندارد ممکن است سبب بی‌مبالاتی و یا غفلت در امور گردد.

یافته‌های پژوهش

پرستاران جهت بهبودی کیفیت مراقبت پرستاری علاقمند به استفاده از یافته‌های جدید پژوهشی در انجام اعمال پرستاری می‌باشند مطالعه مجلات حرفه‌ای و معتبر شرکت در کارگاههای آموزشی ضمن خدمت بصورت مستمر و شرکت در کنفرانسهای علمی راههای عالی جهت آموختن استراتژیهای جدید پرستاری بوده که تأثیر آن کاملاً مناسب شده است یافته‌های پژوهشی موجود در این کتاب نشان می‌دهد که پژوهشهای پرستاری می‌تواند سبب بهبود اهداف قابل انتظار بیمار گردد.

راهبردهای قانونی و اخلاقی در اعمال پرستاری

چنانچه پرستاران در انجام اعمال پرستاری نکات اخلاقی، قوانین و نظم را در نظر نگیرند قادر نخواهند بود اعمال خوبی را انجام دهند. داشتن انگیزه‌ای خالصانه و انجام اعمال پرستاری از روی

وجدان برای بیمار مفید بوده و خدمات مراقبتی طولانی نمی‌گردد. هر پرستاری در قبال ابعاد قانونی و اخلاقی اعمال پرستاری حساس بوده و احساس مسئولیت می‌نماید توجه به ابعاد انسانی و قانونی اعمال پرستار جزء اصول اساسی پرستاری حرفه‌ای است.

به عقب نگاه کنید به سناریویی که مربوط می‌شد به خانم استل موریس که در آغاز فصل مطرح شد. راهبردهای اخلاقی و قانونی قاطعانه‌ای در تعیین چگونگی مداخلات پرستاری وجود دارد بعلاوه پرستار به ارزشیابی زیر شاخه‌های اخلاق و قانون در انجام اعمال خود برای دستیابی به خواستهٔ بیمار یعنی درخواست مرگ وی نیاز دارد.

فصل ۶ و ۷ در ارتباط با حیطه قانون و اخلاق در اعمال پرستاری بحث می‌نماید. کمیتهٔ مدیریت عوامل خطرزا و اخلاقیات منابع مناسبی را از این جهت در اختیار پرستاران قرار داده است.

تداوم گردآوری اطلاعات و اداره عوامل خطرزا

یکی از مهمترین مداخلات پرستاری گردآوری اطلاعات می‌باشد. زمانی که پرستار با بیمار روبرو می‌شود بایستی نسبت به تغییرات ظریف و عمده در شرایط بیمار و پاسخ متقابل نسبت به این شرایط حساس باشد. پرستاران ماهر واکنش بیمار را به مداخلات انجام شده پرستاری بر اساس برنامه تعیین شده کنترل می‌نمایند تا ببینند برنامه‌ها و طرحها چطور بایستی اجرا شود. یافته‌های حاصل از این ارزیابی جهت برنامه‌ریزی مراقبتی جدید و یا اصلاح برنامه مورد استفاده قرار می‌گیرد حساسیت به چگونگی پاسخ متقابل بیمار نسبت به مداخلات پرستاری و چگونگی پیشرفت بیمار در دستیابی به اهداف قابل انتظار به پرستاران اجازه می‌دهد تا مداخلات پرستاری را بر اساس موقعیت‌های مقتضی تعدیل نمایند.

یکی دیگر از مداخلات حیاتی پرستاری تعیین عوامل خطرزا و ادارهٔ این عوامل است. در حالی که پاسخ متقابل بیمار به طرحهای مراقبتی را کنترل می‌کنید پرستار بایستی به توسعه مشکلات جدید که ممکن است در نتیجه تشخیص‌های پرستاری یا تشخیص‌های مشترک جدید باشد توجه نماید.

همان طور که پرستاران بیمارانشان را می‌شناسند با کسب مجموعه اطلاعات با ارزش می‌توانند مشکلاتی را که احتمال بروز آن زیاد است را مشخص نمایند و مداخلات مقتضی را جهت پیشگیری و ارتقاء سطح سلامتی بعمل آورند.

ثبت مراقبت پرستاری

این حقیقت قانونی را به خاطر بسپارید «چنانچه ثبت نکردید، آن کار را انجام نداده‌اید» هر پرستار بایستی تمامی مداخلاتش را بدقت ثبت نماید. به فصل ۱۷ توجه نمایید. در این فصل راهبردهایی برای ثبت گزارشات پرستاری ارایه شده و برنامه‌های مراقبت پرستاری را در پایان هر فصل بالینی به همراه ثبت گزارشات به عنوان نمونه‌ای ذکر شده است.

واکنش نسبت به بیمارانی که دچار عدم پذیرش هستند

زمانی که بیماری علیرغم بهترین و مناسبترین تلاشهای پرستاری در پیگیری برنامه مراقبتی عاجز بوده و یا همکاری نمی‌نمایند. وقت آن رسیده که از استراتژی ارزیابی مجدد استفاده گردد. اولین هدف این است که مشخص گردد چرا بیمار برنامه درمانی را پیگیری نمی‌کند یکی از احتمالات موجود صحیح نبودن برنامه مراقبتی بیمار می‌باشد. در این شرایط لازم نیست چیزی در بیمار تغییر کند، اما در برنامه مراقبتی بیمار بایستی تغییر صورت گیرد. اگر پرستار اعتقاد دارد که طرح مراقبتی کفایت می‌کند بایستی عوامل مسبب عدم پذیرش بیمار را مشخص نموده و راههای مقابله با این مسئله را نیز مشخص نماید. دلایل معمول برای عدم پذیرش بیمار عبارتست از:

- فقدان حمایت خانوادگی
- فقدان درک منافع پذیرش طرحهای مراقبتی
- تأثیرات زیان آور فیزیکی یا روحی درمان (مانند درد و خستگی)
- عدم توانایی در فراهم آوردن امکانات درمانی
- محدودیت در دسترسی به درمان
- محدودیت در پذیرش درمان

نمایندگی مراقبت پرستاری

به دلیل فشار موجود برای کاهش هزینه‌های تیم مراقبتی بهداشتی، بیشتر کارفرماهای پرستاری تمایل دارند از پرسنل کمکی زیر لیسانس استفاده نمایند. در بعضی موارد از پرسنل حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای توأم با یکدیگر استفاده می‌کنند که تهدید کننده ایمنی بیماران است.

برای پرستاران هیچ چیزی از تشخیص موقعیت‌های بحرانی مهمتر نمی‌باشد که این امر نیاز به مداخلات پرستاران رسمی و حرفه‌ای داشته که بتوانند نمایندگان سلامتی و ایمنی باشند. این امر می‌تواند چالشی خاص برای پرستاران جدید باشد.

تمرکز بر روی راهبردهای تفکر انتقادی ۱-۱۵

موقعیت

یکی از پرستاران بخش انکولوژی مکانی که شما کار می‌کنید شش ماه است که فارغ التحصیل شده است. وی تصمیم دارد یک اتاق سرگرمی در بخش درست کند. مکانی که بیماران، اقوام آنها و پرسنل، زمانی که از مشغولیتهای جدی ناشی از ناخوشی خسته می‌شوند استراحت کنند. هدف از طراحی این اتاق افزایش روحیه، سرگرم شدن و دور کردن ذهن فرد از مشکلات و به دنبال آن افزایش سرعت فرآیند ترمیم و بهبودی می‌باشد. اخیراً استفاده از اتاق سرگرمی به عنوان ابزار مهم درمان مورد قبول‌عمومی‌می‌باشد. کتابهای خنده‌دار، فیلمهای‌کمدی برروی تلویزیون یا پرده بزرگ، بازی و سرگرمی حتی برای افراد ساده‌لوح سرگرم کننده می‌باشد. همچنین در مکان مزبور از روزنامه‌نگاران، موسیقی‌دانان و کمدین‌ها می‌توان استفاده نمود (باکسمن «Buxman»، ۱۹۹۱).

تعدادی از پرستاران از این پروژه حمایت نمی‌کنند و معتقدند این ایده احمقانه بوده و احتمالاً باعث هدر رفتن مقدار زیادی پول، زمان و انرژی می‌گردد. شما می‌خواهید از پروژهٔ مزبور حمایت کنید، باید تصمیم بگیرید چطور پاسخگو باشید.

۱ـ تعیین اهداف تفکر:

تفکرتان را درباره سرگرمی به عنوان یک معیار درمانی، شفاف و پالایش کنید، بنابراین تصمیم بگیرید چگونه این پروژه را حمایت کنید.

۲ـ کفایت دانش را ارزیابی کنید: کیفیت مطلوب

پرستاری که می‌خواهد اتاق سرگرمی ایجاد کند باید بداند که این امر بیشتر مورد قبول عامه بیماران است تا همکاران وی. پرستار کارآمد پرستاری است که بیمار و خانوادهٔ وی او رادوست داشته باشند. از طرفی بیمارستان در تمام هزینه‌ها صرفه‌جویی می‌کند و از پرسنل حرفه‌ای رسمی و غیر حرفه‌ای مالیات دریافت می‌کند.

دانش لازم: تصمیم بگیرید در این موقعیت چگونه پاسخگو باشید. برای این امر شما نیازمند پژوهش در زمینه منافع درمانی سرگرمی و شوخی هستید. آیا مطالعات بالینی وجود دارد که نشان‌دهنده تأثیر درمانی این شاخص باشد؟ اگر مطالعاتی به تأثیرات سرگرمی اشاره می‌کند شما نیازمند تعیین موارد زیر می‌باشید:

۱ـ این روش چه بررسی و اولویتی نسبت به روشهای دیگر درمانی دارد.

۲ـ آیا با جوّ جاری صرفه‌جویی و تقلیل هزینه، امکان ایجاد اتاق سرگرمی وجود دارد و این کار عملی است. آیا راهی وجود دارد که پولی برای ایجاد این مکان کسب کرد؟

مجالی برای اشتباه: از زمانی که مرگ و زندگی محوری جهت چگونگی انتخاب پاسخ متقابل شما جهت حمایت بیمار نمی‌باشد، نسبتاً امکان زیادی برای اشتباه وجود دارد. به همین دلیل و به دلیل محدودیت انرژی پرسنل و منابع مالی شما نمی‌خواهید که واحدتان درگیر طرحی پوچ و بیهوده گردد.

اضطرار و فشار ناشی از محدودیت زمان: برای توجیه و اجرای تصمیم خودتان به قسمتی که در آن مشغول به کار هستید، عجله نکنید چرا که شما جهت توسعه دانش که پایه و اساس تفکر و تصمیم شماست نیاز به وقت کافی دارید.

۳ـ توجه به مسائل بالقوه:

موانع جدی زیادی جهت تفکر انتقادی در این موقعیت وجود دارد که سبب فقدان یک فکر باز و جلوگیری از اثبات شایستگی این مدل جدید درمانی می‌گردد. عواملی که سبب بروز این گرفتاری می‌شود شامل موارد زیر می‌باشد: تفاوت صداقت در پرستاران همکار که سبب حمایت و یا عدم حمایت از این پروژه خواهد شد که البته بر پایه دفاع و اثبات شایستگی توسط پرستار دفاع کننده از طرح می‌توان حمایت مزبور را جلب نمود. نهایتاً نزول معنویات سبب له و خرد کردن تمامی خلاقیتها و عدم موفقیت و شکست رؤیا و ایده‌های جدید می‌گردد.

۴ـ مشاوره با منابع مفید و یاری دهنده:

اولین تلاش شما بایستی آموختن مطالب بیشتر و جدیدتر در ارتباط با تأثیر سرگرمی بر شاخص بهبودی باشد. مطلوبتر این که شما ممکن است بتوانید با یک پرسنل دانا و ماهر در بخش مشاوره نمایید. به طور متناوب می‌توانید مقالات پژوهشی به دست آمده از مطالعات بالینی و همچنین گزارش‌های اولین افراد با تجربه در این زمینه را بررسی نمایید.

۵ـ تفکر و قضاوت انتقادی:

پس از بررسی و تحقیق و مطالعه مقالات پژوهشی، شما و دیگر پرستاران بخش متقاعد شده‌اید که سرگرمی منافع بالینی دارد و تصمیم گرفته‌اید عملی بودن ایجاد یک اتاق سرگرمی را در بخش مشخص نمایید. شما می‌خواهید این کار را با ایمنی لازم انجام دهید و قایق خود را در طول مشکلات موجود چنان حرکت دهید که بتوانید با صرف انرژی معمول از پروژه مزبور دفاع نموده و اتاق سرگرمی را احداث کنید. شما تصمیم گرفته‌اید طرح مزبور را با دقت به طریقی اجرا نمایید که مجدداً پاسخگوی نیاز پرسنل در کشف لذت‌بخش بودن پرستاری باشد و این مفهوم در پروژه قابل دست یافتن باشد. طرح شما کم کم اجرا می‌شود و پروژه هر شش ماه ارزیابی می‌گردد. یافته‌های آموزشی پژوهشی شما منافع و مضراتی را که سرگرمی به طور بالقوه ممکن است ایجاد نماید را مشخص کرد. بنابراین تصمیم شما باید مبنی بر هدف آموزش پرسنل در ارتباط با این منافع و مضرات باشد.

سناریویی را که در شروع فصل مطرح شده بود و در تمرینات بازتابی تحت عنوان چالشی برای مهارتهای تکنیکی بود را به خاطر بیاورید این سناریو به آقای جیمز مک‌ما مخصوص بیمار بدحال می‌باشد. توانایی‌های پرستار به عنوان نماینده‌ای مؤثر در مهیا نمودن مراقبتی کارآمد و ایمن بسیار با ارزش می‌باشد.

بوچرابتلی خطرات کمبود پرستاران را در مراقبت از بیماران بدحالی که نیاز به مراقبت دقیق دارند خاطرنشان ساخته و استفاده از افراد کمکی که تحصیلات حرفه‌ای ندارند را عاملی برای تشدید مشکلات بیماران ذکر می‌نماید. حتی زمانی که خیلی از استانداردهای مد نظر نمایندگی در مراقبتها استفاده می‌شود. ارتباط پویا بین بیمار و پرستار ممکن است به خوبی برقرار نباشد. ارتباطی پویا دیدن بیمار در تمام زمان، بررسی مکان وی، در نظر

کادر ۲ـ۱۵. اصول ضروری برای نمایندگیهای مؤثر

موارد زیر به شما در انجام مسئولیت‌های ضروری و اقدامات تکنیکی کمک می‌نماید:

- قوانین مؤسسه و کشور خودتان را خوب بشناسید (این قوانین در مؤسسات در دسترس هستند ضمناً می‌توانید با دفاتر پرستاری تماس بگیرید).
- به طور وضوح بین فرآیند پرستاری و وظایف پرستاری تفاوت قایل شوید.
- از میزان آموزش و زمینهٔ پرسنل کمکی تحت لیسانس آگاه باشید (تجویز باید استاندارد باشد و اعمال بایستی معتبر انجام شوند).
- نیازهای بیمارتان را خوب بشناسید و عوامل خطرزا را مشخص نمایید.
- از نیازهای پرسنل تحت لیسانس، چیزهایی که باید بدانند و چرا باید بدانند آگاه باشید.
- ارزیابی کنید که کدام وظایف به طور کاملاً ایمن انجام می‌شود.
- آیا آموزشهای ضروری برای پرسنل تحت لیسانس وجود دارد و آیا به طور واضح در ارتباطات خود با پرسنل این مسئله بررسی می‌شود.
- به طور مکرر با سرکشی بالینی، بیمارانتان را ارزیابی نمایید.
- به خاطر بسپارید هنگامی که با بیمار صحبت می‌کنید اقوام وی و پرسنل تحت لیسانس به نکات کلیدی که شرایط بیمار را تغییر می‌دهد گوش می‌کنند.
- گزارشهای کوچک و مقطعی برای بررسی دقیق‌تر پرسنل کمکی زیر لیسانس بگیرید.
- مرتباً عملکرد پرسنل کمکی زیر لیسانس و واکنش متقابل بیمار به این اعمال را ارزشیابی کنید (بوچر ۱۹۹۸ مجله پرستاران آمریکا).

گرفتن شرایط فیزیکی و احساسی وی به طور کامل می‌باشد. پرسنلی که تحصیلات حرفه‌ای ندارند آموزش کافی در مورد بیماران خاص انجام ارزیابی متمرکز و اهمیت شناخت مشکلات بیمار و خیلی از کارهایی که بایستی انجام شود و نبایستی انجام شود ندیده‌اند و آمادگی برای اجرای مراقبت را ندارند. این یعنی عدم وجود تفکر انتقادی در سیستم (به کادر ۲ـ۱۵ توجه نمایید).

راهبردهای ضروری برای مراقبت‌های پرستاری

قبل از این که هر اقدام پرستاری انجام شود تعدادی از عوامل بایستی در نظر گرفته شود این عوامل شامل موارد زیر می‌باشد:

۱ـ شرایط بیمار
۲ـ پیچیدگی فعالیتها
۳ـ عوامل بالقوه مضر
۴ـ میزان حل مسئله و نوآوریهای ضروری
۵ـ توانایی‌های افرادی که به عنوان کمک پرستار خدمت می‌نمایند.

۷ـ پرسنل پرستاری حرفه‌ای در دسترس برای انجام کارهای محوله در پرستاری و مراقبت از بیمار انجمن پرستاری آمریکا که کنترل منظم، آموزش و استفاده از پرستاران کمکی را به عهده دارد. اصول اساسی زیر را توصیه می‌نماید.

- پرستار حرفه‌ای تعیین کننده وسعت اعمال پرستاری است.
- پرستار حرفه‌ای تعریف کننده و ناظر بر آموزش و سبک مهارتهای اساسی بوده و نظارت مستقیم بر ارایه خدمات پرستاری توسط کمک پرستارانی که مستقیماً مراقبتها را ارایه می‌دهند دارد.
- پرستاران فارغ التحصیل افرادی مسئول در مقابل اعمال پرستاری انجام شده هستند.
- پرستاران فارغ‌التحصیل مسئول نظارت بر مراقبت‌های پرستاری هستند که توسط افراد کمکی ارایه می‌شود.
- مقصود و هدف اولیه استفاده از پرسنل کمکی در موقعیتهایی است که توسط پرستاران فارغ‌التحصیل حمایت و نظارت شوند. همچنین هدف دیگر قادر ساختن پرستاران حرفه‌ای و فارغ التحصیل جهت‌انجام مراقبت‌های‌پرستاری با تمرکزبیشتر برای بیماران می‌باشد (انجمن پرستاران پنسیلوانیا سال ۱۹۹۲).

مراقبت‌های پرستاری یا وظایفی که بایستی توسط پرستاران فارغ‌التحصیل انجام شود (هاس ۱۹۹۹):

- ارزیابی مقدماتی و پویای پرستاری از بیمار و نیازهای مراقبتی پرستاری
- تعیین تشخیص‌های پرستاری، برنامه مراقبتی پرستاری، ارزشیابی سیر بهبودی بیمار در ارتباط با برنامه مراقبتی و ارزشیابی خدمات پرستاری ارایه شده به بیمار
- نظارت و آموزش پرسنل پرستاری: آموزش به بیمار که به ارزیابی دقیق و تعیین نیازهای آموزشی بیمار ارتباط دارد.
- انجام هر مداخله پرستاری که نیاز دانش، مهارت و یا قضاوتهای حرفه‌ای پرستاری دارد.

در نتیجه پنج اصل در این راستا عبارتست از:

- وظایف صحیح (وظایفی که بتواند نماینده سلامتی باشد)
- شخص صحیح (شخصی که فارغ‌التحصیل بوده و بتواند در شغل پرستاری کار کند)
- ارتباط صحیح (توصیف مختصر و واضح از اهداف و انتظارات، توانایی‌ها و محدودیتها)
- نظارت صحیح (ارزشیابی به موقع در طول مدت و بعد از کامل شدن وظایف)

راهبردهای سودمند برای پرستارانی که مراقبت‌های پرستاری را ارایه می‌دهند و درخت تصمیم‌گیری توسعه یافته به وسیله انجمن پرستاران اوهایو (شکل ۲ـ۱۵A,B).

سؤال	پاسخ	نتیجه
آیا پرستار فارغ التحصیل نیازهای کامل پرستاری بیمار را ارزیابی کرده است؟	خیر ←	انجام ارزیابی سپس اجرای برنامه استاندارد
↓ بله		
آیا عملکرد پرستار در حیطه خدمات پرستاری استاندارد است.	خیر ←	توسط نمایندگی‌ها تأیید نشده است
↓ بله		
آیا پرسنل کمکی تحت لیسانس به طور مناسب آموزش دیده‌اند؟	خیر ←	ابتدا یک آموزش مستند را مهیا کنید سپس کار را معتبر اجرا کنید.
↓ بله		
آیا می‌توان وظایف را بدون توجه به قضاوت بر پایه دانش پرستاری انجام داد	خیر ←	نمی‌توان انجام داد
↓ بله		
آیا نتایج انجام این وظایف منطقی است؟	خیر ←	انجام نمی‌شود
↓ بله		
آیا می‌توان این وظایف را کاملاً دقیق و ایمن اجرا نمود؟	خیر ←	انجام نمی‌شود
↓ بله		
آیا می‌توان وظایف را بدون نیاز به مشاهدات یا تصمیم‌های انتقادی انجام داد؟	خیر ←	انجام نمی‌شود
↓ بله		
آیا می‌توان وظایف را بدون تکرار ارزیابی پرستاری اجرا نمود؟	خیر ←	انجام نمی‌شود
↓ بله		
آیا می‌توان وظیفه‌ای را اشتباه انجام داد بدون این که نتیجه‌ای تهدید کننده برای زندگی مددجو داشته باشد	خیر ←	انجام نمی‌شود
↓ بله		
آیا نظارت به شکلی مناسب در دسترس است؟	خیر ←	انجام نمی‌شود
↓ بله		
قانون خاصی جهت قدغن شدن کاربرد استانداردهای تعیین شده توسط نمایندگی و فعالیت آنها نیست.	خیر ←	انجام نمی‌شود

شکل ۲ـ۱۵. (الف و ب) نمونه کاربرد درخت تصمیم‌گیری جهت انجام مسئولیت‌های استاندارد پرستاری

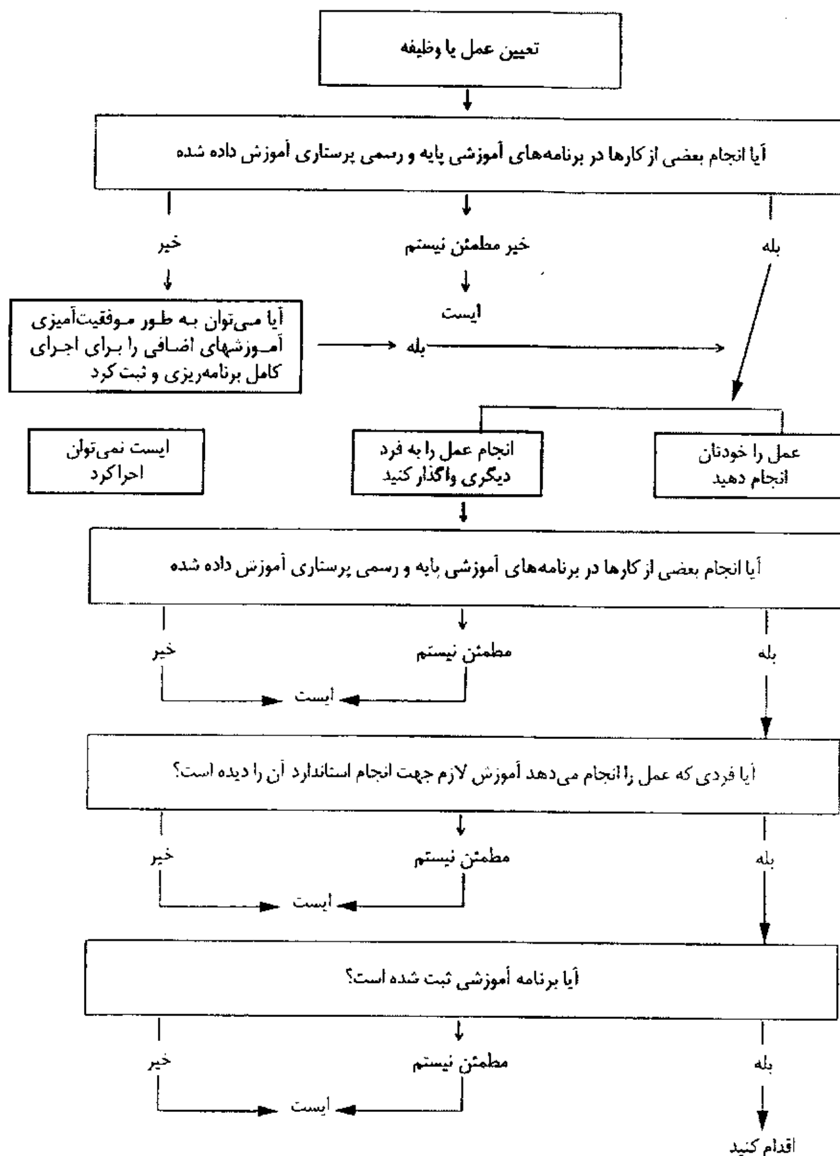
نمایندگی معتبر و دانشجوی پرستاری

دانشجویان پرستاری ممکن است متوجه شوند که نمی‌توانند مراقبتهایی را که به آنها واگذار شده منطبق بر استانداردها و به طور ایمن انجام دهند. هر زمانی که دانشجو بخواهد، به دلیل فقدان آموزش کافی، کار توسط پرستاران شاغل انجام می‌شود. چنانچه بتواند دانشجو این کار را انجام دهد می‌تواند با مشاورهٔ مربی و با نظارت وی کار را به صورت ایمن انجام دهد. دانشجو ممکن است با استفاده از توانایی‌های خویش بدون نظارت و بدون کیفیت مداخلات را انجام دهد. حتی اگر چنانچه توسط یک پرستار فارغ‌التحصیل آموزش دیده باشد. دانشجویی که به عنوان یک پرستار کمکی کار می‌کند در برنامه‌های حرفه‌ای ممکن است به عنوان یک متخصص مداخله نماید.

سازماندهی مراقبت

دانشجویان پرستاری برای سازماندهی مراقبت‌های پرستاری برای یک روز بالینی مخصوص تلاش می‌کنند تا بتوانند از راهبردهای مشخص برای مسئولیتهای بالینی خود که در چارچوب خاص مشخص شده است استفاده نمایند و عاقبت در تعیین شاخص‌های پرستاری و مسئولیت‌های حرفه‌ای کمک کننده باشند. کادر ۳ـ۱۵ در تعیین شاخص‌های پرستاری و مسئولیت‌ها می‌تواند به شما کمک نماید.

بعد از این که این مسئولیت‌ها تعیین شد منتهای استفاده از برنامه زمانی را نموده تا دستورات کاملاً اجرا و نیازهای اساسی بیمار برآورده شود به جدول ضمیمه تمرینات بازتابی که دانشجوی پرستاری نحوه مدیریت بهتر زمان و سازماندهی مراقبت را می‌آموزد توجه نمایید.



ادامه شکل ۲ـ۱۵

پرستاری از خود

چنانچه نیازهای اساسی بشر در فرد پرستار برآورده نشود مراقبت و مواظبت خالصانه از بیمار کار بسیار دشواری خواهد بود بدلیل این که هیچ فردی در تمام زمان سلامتی کامل ندارد به همین دلیل آمادگی پرستار برای انجام اعمال حرفه‌ای بسیار مهم است و پرستار زمانی را برای شناسایی نیازهای خود بایستی صرف نماید. در ستون روانشناسی تخصصی خودپایی برای پرستاران مجموعه‌ای از فعالیتها جهت تنظیم و ارتقاء بهداشت روانی معرفی شده است.

این فعالیتها شامل موارد زیر می‌باشد: خودآگاهی ارتباطات، استفاده مناسب از زمان، آمادگی برای مقابله با بحرانها و فقدانها، توسعه و حفظ سیستم‌های حفاظتی و حمایتی و انجام اعمالی موافق با خودپایی در تمامی زمینه‌ها، صفات اختصاصی، بهداشت روحی روانی، شامل اعتماد به نفس، خودشناختی، ارتباط بین

کادر ۳ـ۱۵. سازماندهی مسئولیت‌های بالینی دانشجویان

کنترل و سازماندهی مسئولیت‌های بالینی
۱ـ لیست بیماران
۲ـ نام بیماران که بوسیله آن مشخص و تعیین هویت می‌گردند.
۳ـ شکایت اساسی بیمار و دلیل پذیرش در مراکز درمانی
۴ـ وضعیت جاری سلامتی
● توجه به هر تغییر فیزیکی و یا روحی که نشاندهنده نیاز به تعدیل برنامه مراقبتی است.
۵ـ کمکهای معمول به بیمار جهت دستیابی به نیازهای اساسی اولیه بشری
۶ـ اولویت‌بندی مراقبت‌های پرستاری
● اولویت‌بندی در تشخیصهای پرستاری، اهداف قابل انتظار بیمار و مداخلات پرستاری وابسته
● توصیه‌های پزشکی که نیاز به اجرا دارد.
● خدمات پرستاری توأم با همکاری با دیگر اعضای تیم و مسئولیت‌های پرستاری
۷ـ وقایع و حوادث اختصاصی روز که ممکن است نیاز به مشاهده اختصاصی بیمار، آموزش، آمادگی یا مراقبت بعد از مراقبت‌های پرستاری داشته باشد.
● تستهای تشخیصی
● مشاوره با متخصصین
● درمانهای جدید (درمانهای فیزیکی، دارودرمانی، جراحی، رادیوتراپی و غیره)
۸ـ آموزش‌های اختصاصی، مشاوره یا نیاز به مداخله
۹ـ نیازهای اختصاصی خانواده

پرسنلی رضایت بخش، تسلط بر محیط، مدیریت و ادارهٔ تنشها، تصویر ذهنی مثبت، استفاده از شوخی و مزاح و توانایی در تجربه کردن لذت و خوشی

پرستارانی که تمایل دارند صلاحیت کارکردن و مراقبت از بیمار را کسب نمایند الزاما بایستی بیاموزند که پرسنل با صلاحیت تیم بهداشتی پرستارانی هستند که نه تنها اعمال پرستاری را با کیفیت مطلوب انجام می‌دهند بلکه الگوی مناسب سلامتی برای بیمار و خانواده وی می‌باشند.

پرستاران می‌توانند به بیماران کمک کنند تا از رفتارهای بهداشتی پیروی نموده و حقیقتاً این رفتارها جزیی از زندگی روزمره و شخصیت آنها گردد هر فصل بالینی شامل فهرستی سودمند بوده که پرستار را به عنوان مدل معرفی نموده است.

■ توسعه مهارتهای تفکر انتقادی

۱ـ با دانشجویان دیگر تشریک مساعی نمایید و نقش پرستار را ایفا کنید به طوری که یک پیرمرد محدود در منزل را ملاقات می‌کنید علایم حیاتی و وضعیت تغذیه‌ای این فرد را ارزیابی کنید. در ارتباط با اشتباه خودتان در کنترل علایم حیاتی و نتایج اعلام شده با یکدیگر بحث کنید کدام پرستار نسبت به پرستار دیگر نظر مهمتری را ادعا کرده است.

۲ـ به عنوان دانشجویی دیگر کار کلینیکی مشابهی را بپذیرید و بطور مستقل اولویتهای مراقبتی خود را مشخص نموده سپس برنامه مراقبتی اختصاصی مورد نیاز که بایستی در طول مدت کار کلینیکی شما انجام شود را طرح‌ریزی کنید با دانشجویی دیگر در ارتباط با نتایج متفاوت کسب شده صحبت کنید و بگویید چطور می‌توانید مراقبت مذکور را آن طور که مناسب است انجام دهید. سعی کنید تفاوتهای مورد نظر بیمار را درک نموده و برای فرد تصور نمایید نتایج مورد انتظار وی چیست؟

۳ـ شما تنها پرستار فارغ التحصیل یک بخش مراقبت گسترده ۵۰ تختخوابی هستید. شما با یک پرستار بالینی و دو پرسنل کمکی مراقبت‌ها را انجام می‌دهید. هریک از ۵۰ فرد مقیم به کمک شما برای انجام فعالیتهای روزانه نیاز دارند تمامی آنها حداقل یک دارو دارند و بیشتر آنها به کنترل بیماری مزمن (و بعضی اوقات حاد) احتیاج دارند.

شما جهت انجام این اقدامات مراقبتی چه تصمیمی می‌گیرید؟ شما به عنوان تنها پرستار فارغ التحصیل با تنها دو پرسنل کمکی و یک پرستار بالینی با تعداد ۵۰ تخت چگونه وقتتان را تنظیم می‌کنید تا به خوبی مراقبتها را پوشش دهید.

۴ـ چنانچه شما در گزارش تعویض شیفت شنیدید که پرستار دیگری اظهار می‌دارد که یکی از بیماران دچار درد در عضلات سرین است در این وضعیت چگونگی پاسخ متقابل خود را توصیف کنید همچنین پاسخ متقابلی را که دوست دارید ارایه کنید شرح دهید چنانچه با یکدیگر متفاوت است برروی آن فکر کنید. در اینجا اهمیت زبانی را که ما در دادن گزارش بیمار به یکدیگر استفاده می‌نماییم منعکس نمایید و در ارتباط با استفاده از الفاظ نامناسبی که مراقبت اصولی از بیمار را غیر ممکن می‌نماید بحث کنید.

تمرینات بازتابی (تمریناتی برای اندیشیدن) چالشی برای صلاحیتهای بین فردی

برای انجام دادن مجموعهٔ مراقبت بالینی، ما کارمان را در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی انجام می‌دهیم. من برای کار در این بخش آگاهی کافی را نداشتم زیرا در بخش عمومی قبلاً کار می‌کردم و شیوه‌ای که در این رابطه آموخته بودم توجه به بیماران عمومی بوده و این بیماران به سادگی به گفتار واکنش نشان می‌دهند. اولین روز مراقبت در بخش ما از پرستار شیفت قبلی گزارش شفاهی راجع به بیمارانمان دریافت کردیم ضمناً پرستار به ما گفت که بیماران در قبال مراقبت و کمک به ما مسئولیتی ندارند و این وظیفه مربی بالینی ماست که مسئولیت دارد در مراقبت از هر هفت نفر بیماران ما را راهنمایی و کمک نماید. بیمار من مردی ۵۳ ساله چاق آمریکایی آفریقایی تبار و دیابتی بود که به علت تنفس کوتاه و سطحی و احساس ناخوشی روز گذشته به اورژانس مراجعه کرده بود. روزی که من مراقبت را از وی آغاز کردم او چند کار برایش برنامه‌ریزی شده بود. بنابراین متوجه شدم که بایستی بطور کامل علایم حیاتی وی راکنترل نمایم. تمام داروهای ساعت ۸ صبح را به وی بدهم و قند خونش راکنترل نمایم و بررسی وی را از نوک انگشتان پا تا سر کامل کنم. قبل از این که بیمار برای انجام کارهایش از تخت پایین بیاید موقعی که برای اولین بار وارد بخش شدم جای هیچ چیز را نمی‌دانستم و برای پیداکردن وسایل ضروری وقت زیادی از من تلف می‌شد. پرستار هم کمک کمی به من می‌کرد. بعد از مدتی که وارد بخش شدم خودم را سازماندهی کردم و برای شروع مراقبت ساعت ۷/۳۰ صبح آماده شدم فرد کمکی که بیماران را جابجا می‌کرد آنجا بود و بیمارم را برای انجام پروسیجر پایین آورد و تمامی کارهایی را انجام داد که ارتباطی به برنامه مراقبتی من نداشت و در واقع هیچکدام از کارهایی را که مراقبت من را تکمیل می‌کرد انجام نداد پرستار به من گفت که برای بیمار بهتر است که بدون کنترل علایم حیاتی و قند خون برود. بیمار من قرار بود جهت انجام گرافی پا، اکو و تست فشار بر روی انتهاها به رادیولوژی فرستاده شود بعد از مدتی هنگامی که بعد از ۳ ساعت با بیمارم به بخش برگشتم با مقدار زیادی مراقبت که نیاز بود برای بیمار انجام دهم روبرو شدم در واقع پرستار به من گفت که چطور می‌خواهم با این همه کاری که باقی مانده همه وظایفم را قبل از ترک بخش انجام دهم.

خارج از این چارچوب فکر کنید: آیا اعمال مناسب دیگری در این رابطه هست؟

- من می‌توانستم از مربی یا پرستار بالینی قبل از این که بیمار جهت انجام کارها از تخت پایین بیاید بپرسم آیا آنها می‌توانند در انجام وظایف و مراقبتها به من کمک کنند، تا من به وظایفم در مقابل بیمار عمل نمایم و نیازهای وی را قبل از انجام پروسیجرهای تشخیصی برطرف نمایم.
- من می‌توانستم قبل از ترک بخش، از همکاران و همکلاسی‌هایم درخواست کنم در گردآوری تجهیزات مورد لزوم و کمک به من در انجام مراقبت از بیمارم مرا یاری دهند.
- من می‌توانستم قبل از انجام پروسیجرها مراقبت‌های مورد نیاز بیمار را اولویت‌بندی و سازماندهی نمایم. من می‌توانستم وظایف مهم را انجام دهم مانند گرفتن قند خون و علایم حیاتی در زمانی کوتاه همینطور از وی می‌خواستم قبل از این که پایین بیاید اجازه دهد من وظایفم را کامل کنم
- من می‌توانستم هنگامی که به بخش برگشتم اقدامات را سازماندهی کنم و برای اقدامات باقیمانده‌ای که انجام نشده از دیگران کمک بخواهم.
- من می‌توانستم هنگام برگشتن خودم را خسته و عصبانی نشان دهم تا پرستار تکمیل کردن کارهایم را از من نخواهد به محض دیدنم بگوید همه چیز عادی و خوبست و نیازی نیست کارهایی از قبل مانده را انجام دهم.
- مهارت لازم در زمینه اولویت‌بندی مراقبت راکسب نمایم.

برایندهای مورد انتظار مناسب را ارزشیابی نمایید: چطور من موفقیت را تعریف می‌نمایم؟

- بیمار نیاز دارد مراقبتها دلسوزانه و در زمان مناسب انجام شود.
- بیمار با مراقبتی که دریافت می‌کند راحت و آسوده باشد.
- تمامی افرادی که در ارایه مراقبت‌ها به بیمار نقش دارند به حریم وی احترام گذارند.
- بیمار تشخیص دهد توصیه‌های ما به عنوان افراد حرفه‌ای عضو تیم مراقبتی و بهداشتی جهت مهیا نمودن بهترین مراقبت ممکن به وی می‌باشد.
- دستیابی به نیازهای پرستاران. بهترین مراقبت ممکن برای بیمار را مهیا می‌نماید.

یادگیری شخصی: حرکت به سمت آینده (درس گرفتن از گذشته)

هنگامی که من به همراه بیمارم به بخش برگشتم، غرق در مقدار زیادی مراقبت بودم که نیاز بود برای بیمارم انجام شود. من نمی‌توانستم دستگاه مخصوص اندازه‌گیری قند خون را پیدا نمایم و در یافتن تجهیزات کنترل کننده علایم حیاتی نیز مشکل داشتم و چنان گیج بودم که تصور می‌کردم نمی‌توانم کاری را انجام دهم. عاقبت مربی من را به گوشه‌ای کشید وی توانست ببیند و متوجه شود که خیلی از چیزها از کنترل من خارج شده است. ما نشستیم و تمامی کارها و مراقبتهایی را که قرار بود برای بیمارم انجام دهم را با اهمیت‌ترین اقدامات به کم اهمیت‌ترین کارها خدمات مراقبتی را اولویت‌بندی کردیم. اول از همه قند خون بیمارم را اندازه‌گیری کردم. بدلیل این که تمام صبح چیزی نخورده بود قند خونش پایین بود و من فوری به وی دستور دادم که ناهارش را میل نماید. سپس داروهایی را که قرار بود صبح مصرف کند و فراموش کرده بود به وی دادم. سپس من علایم حیاتی بیمار را کنترل کردم و بررسی وی را از انگشتان پا تا سر را تکمیل کردم. سپس یافته‌هایم را در چارت مخصوص ثبت کردم. بقیه روز را سعی کردم تلاش کنم تا بیمارم به آسایش و راحتی برسد و نیازهای مراقبتی وی را برآورده کردم.

من فکر می‌کنم وقتی که به بخش برگشتم به دلیل این که پرستار مرا دعوا کرد دستپاچه شدم او در من احساس عدم کفایت و صلاحیت را ایجاد کرد که چرا من وقت کافی برای انجام مراقبت‌های لازم را نداشتم. بهرحال او هیچ کمکی برای مراقبت از بیمارم نکرد. به گذشته برگردیم خوب من از این بحث و تجربه بالینی درس گرفتم و چیزهایی آموختم. من باید به پرستارم می‌گفتم که برای مراقبت از بیمار نیاز به کمک دارم زیرا من می‌خواهم سعی کنم آن مراقبتهایی را که در صبح فراموش شده برای بیمار انجام دهم. در صورتی که وی تصمیم نداشت به من کمک کند. بایستی با مربی بالینی و یا همکلاسی ام در این رابطه مشورت می‌کردم. من بایستی پرستار را به گوشه‌ای می‌کشیدم و او را با دروغی که به خود گفته بود روبرو می‌کردم. او در شروع مراقبت به من گفت که همه چیز برای این که بیمارم برای انجام پروسیجرهای تشخیصی به پایین برود مرتب است. در حالی که به هیچ وجه این طور نبود و مراقبت‌های وی ناقص بود و سپس او بعد از برگشتن ما و قبل از ترک بخش مرا بشدت توبیخ کرد.

فکر می‌کنم واکنش من نسبت به این موقعیت بالینی غیر عادی بود و فکر می‌کنم بیشتر دانشجویان اگرچه این موقعیت ارتباط بین فردی مرا با پرستار تیم مورد آزمون قرار داد ولی همچنان من بعد از مطالبی که آموختم احساس می‌کنم که قادرم دستپاچگی را کنار بگذارم و مراقبتی با کیفیت بالا در حرفهٔ خودم برای دستیابی به نیازهای بیمارم را ارایه دهم.

بازتاب (تأمل)

شما فکر می‌کنید در موقعیت مشابه چه پاسخ متقابلی را بایستی نشان دهید؟ چرا؟ یا راجع به این مسئله با خودتان صحبت کردید و متوجه شدید که برای انجام اعمال مهارتی حرفه‌ای آیا مهارتهای شما کفایت می‌کند؟ آیا می‌توانید به پاسخ‌های دیگری فکر کنید؟ چطور ممکن است دانشجوی پرستاری نیز برای کمک دیدگاه مشابه پرستار بالینی را پیدا کند؟ دانشجوی پرستاری برای انجام مناسب این مراقبتها چه کارهایی را می‌تواند انجام دهد؟ برای پاسخ مناسب مقتضی شما به این موقعیت به چه مهارتهای دیگری (شناختی، بین فردی، تکنیکی، اخلاقی، قانونی) احتیاج دارید؟ فکر می‌کنید نقش محیط بالینی (در یک بخش قلب) در این که دانشجوی احساس عجز و غرق شدن در کارها را داشته باشد چگونه است؟ آیا شما با معیارهای ارزشیابی دستیابی موفقیت‌آمیز به برآیندهای مورد انتظار موافق هستید؟ چطور می‌توان به این معیارها دست یافت؟ توضیح دهید چرا بله و چرا نه؟ (کیت سولیوان، دانشگاه جورج تاون)

■ **تمرین برای NCLEX**

۱ـ یک دانشجوی پرستاری متوجه کاهش ناگهانی وزن جیل می‌شود و می‌خواهد یک ارزیابی متمرکز بر روی وضعیت تغذیه‌ای و ترسی که احتمالاً وی از خوردن و بیمار شدن دارد انجام دهد، پرستار چگونه این کار را بایستی انجام دهد؟

الف) بایستی یک ارزیابی متمرکز انجام دهد. این مسئله جزء مداخلات اولیه مستقل محسوب می‌شود.

ب) درخواست نمایید جیل پس از ویزیت پزشک از وی دستورات لازم را بگیرید این یک مداخله مقدماتی پزشک است.

ج) از پزشک معالج جیل دستور بگیرد این یک مداخله مشترک است.

د) از یک متخصص تغذیه راهنمایی بگیرد این یک مداخله مشترک است.

۲ـ کدام یک از گزینه‌های زیر را انتظار دارید جزء مداخلات پرستاری طبقه‌بندی شده ببینید؟

الف) مجموعه‌ای از فعالیتهایی که یک پرستار برای مطالعه کیس مورد نظر انجام می‌دهد جزء مداخلات پرستاری است.

ب) مداخلات پرستاری شامل تعریفها، برچسبها و مجموعه‌ای از فعالیتهایی است که پرستار جهت ارایه مراقبت با استفاده از یک فهرست زمینه‌ای از قبل تعیین شده انجام می‌دهد.

ج) یک فهرست کامل از تشخیص‌های پرستاری، برآیندهای مورد انتظار و فعالیتهای وابسته برای انجام هر مداخله پرستاری است.

■ **پاسخنامه با دلایل**

۱ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «الف» است.** این یک مداخله اولیه مستقل پرستاری می‌باشد. بنابراین نیازی نیست پرستار در این زمینه از پزشک (ب و ج) و یا از متخصص تغذیه راهنمایی دریافت کند (د).

۲ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «ب» است.** طبقه‌بندی مداخلات پرستاری فهرستی شامل ۳۳۶ مداخله با تعریف، مجموعه‌ای از فعالیتهایی که یک پرستار برای مراقبت بایستی انجام دهد. شامل گزینه «الف» بررسی مورد گزینه «ج» تشخیص دادن و گزینه «د» یا هزینه نمی‌شود.

ارزشیابی



تایلر جیمسون نوزادی که ۳۰ ساعت پیش به دنیا آمده است هنوز دفع مدفوع نداشته است. پیگیری و ارزیابی‌ها مشخص نمود که وی دچار مقعد بسته می‌باشد یافته‌ای که در ارزیابی مقدماتی نوزاد مشخص نشده بود.



میوشی اتسوکر زن پیری که دچار تاریخچهٔ نارسایی قلبی است در برنامه مراقبتی درمانی وی از منزل دیورتیک شروع شده است. در ارتباط با رژیم دارویی درمانی تجویز شده برای بیمار وی اظهار می‌نماید «من هر روز دارویی را با برچسب فورسماید دریافت می‌کنم در حالی که امروز داروی دیگری با برچسب لازیکس دریافت کرده‌ام».



نیکلاس سوروس بیمار ۶۸ ساله‌ای که اخیراً تشخیص بیماری دیابت برای وی گذاشته شده است. ارزیابی مقدماتی در وی مشخص نمود که او ۵۰ پوند افزایش وزن بدلیل رژیم غذایی نامناسب و فقدان حرکات ورزشی دارد. برنامه‌ای مناسب برای کمک به آقای سوروس در نظر گرفته شده است که وزن وی کاهش یافته و فعالیتهای بدنی نیز تنظیم شود. در ویزیت پیگیر ارزیابی مشخص نمود که وزن وی ۵ پوند دیگر افزایش یافته است او اظهار می‌نماید «من نگران تغذیه و فعالیتم هستم. شما می‌توانید بیماری دیابت من را با دارو درمانی کنترل کنید؟»

❖ تمرکز بر مهارتهای ترکیبی

انواع مهارتهای ترکیبی که شما جهت پاسخگویی به موردهای مطرح شده به آنها نیاز دارید عبارتند از:

مهارتهای شناختی

- آگاهی از یافته‌های طبیعی نوزاد متولد شده، دیورتیک‌تراپی و دیابت
- آگاهی از این که چطور با استفاده از ارزیابی سیستماتیک و جامع وضعیت جاری سلامتی را بررسی نمائید.
- توانایی ترکیب دانش ارزشیابی، تشخیص، برنامه‌ریزی و اجرای مراقبت‌های پرستاری در زمان ارزشیابی مراقبت‌های پرستاری از بیماران با نیازهای مختلف مانند نوزاد تازه متولد شده، خانم پیری که می‌گوید داروی تجویزی وی زیاد است یا بیماری که اخیراً تشخیص دیابت برای وی گذاشته شده است و مشکلاتی را در تطابق با برنامه‌های درمانی دارد.
- آگاهی از اصول آموزش و یادگیری
- آگاهی از نحوه برقراری ارتباط بین بیمار و پرستار
- آگاهی از این که چه اطلاعاتی جهت ارزشیابی تأثیر برنامه مراقبتی در دستیابی به نیازهای سلامتی بیمار (توانایی اندازه‌گیری چگونگی دستیابی بیمار به اهداف و برآیندهای مورد انتظار و تفکر انتقادی دربارهٔ عوامل موفقیت یا شکست در دستیابی به اهداف وی) مورد نیاز است.
- آگاهی از چگونگی تعدیل برنامه مراقبتی در صورتی که نیاز باشد یا چگونگی بررسی دیگر متغیرهای مؤثر در دستیابی به برآیندهای مورد انتظار.
- آگاهی از استانداردهای مراقبت از بیمار و قوانین مؤسسه بهداشتی
- توانایی استفاده از مهارتهای تفکر انتقادی جهت ارزشیابی تأثیر برنامه‌های مراقبتی در دستیابی به نیازهای بیمار
- توانایی تعیین عوامل مؤثر بر تطابق با مشکلات سلامتی، شیوه زندگی خصوصاً برای بیماران دیابتی

مهارتهای تکنیکی

- توانایی استفاده از تجهیزات تشخیصی جهت ارزشیابی وضعیت سلامتی بیمار.
- توانایی تعیین تغییرات یا تطابق در تجهیزات و تکنیکهای ضروری بر اساس ارزشیابی برآیندهای مورد انتظار برای بیمار در طول زندگی.
- توانایی استفاده از سیستمهای صلاحیت‌دار علمی در ثبت سیر بهبودی در دستیابی به اهداف و برآیندهای مورد انتظار.

مهارتهای بین فردی

- توانایی برقراری و نگهداری اعتماد بین بیمار و پرستار و داشتن حس مسئولیت در قبال مراقبت از نوزاد با تغییرات فیزیکی غیر طبیعی و والدین وی و شکایت خانم پیر از دارو درمانی بیش از حدی که تجویز شده یا مردی با سن متوسط با دیابت و الگوی غیر عادی مراقبت از خود.
- توانایی در برقراری ارتباطی که بیشتر شما را با تمامیت مشکلات سلامتی بیمار درگیر نماید نه این که فقط به انجام وظیفه و دستیابی به اهداف خاص تمرکز داشته باشید.
- احترام گذاشتن به شأن و ارزش انسانی بیمار در زمان انجام ارزشیابی برنامه مراقبتی وی.
- توانایی تشریک مساعی با تیم مراقبتی و بهداشتی جهت مشخص نمودن و کنترل کردن عواملی که مانع دستیابی بیمار به برآیندهای مورد انتظار تعیین شده می‌گردد.
- توانایی تعیین تغییرات در نیازهای بیمار که سبب تجربه تغییر وضعیت سلامت در وی گشته و پاسخ متقابل مناسب به این نیازها.

مهارتهای اخلاقی و قانونی

- توانایی برقراری ارتباطی محترمانه و تلاش جهت ارتقاء حس خوب بودن در بیمار و اقوام وی.
- تعهد در ارزشیابی دستیابی بیمار به برآیندهای مورد انتظار و تعیین عوامل مداخله‌گر و مانع در دستیابی به این اهداف در حیطه عملکرد تیم پرستاری
- توانایی ارایه خدمات به عنوان حامی مؤثر و معتمد بیمار
- نشان دادن حس قوی مسئولیت نسبت به خود، بیمار، حرفه و جامعه.
- استفاده مداوم از قوانین مناسب و ایمن در زمان ارزشیابی طرح مراقبتی شامل ثبت ارزشیابی

❖ برآیندهای یادگیری

پس از مطالعهٔ این فصل، فراگیر باید قادر به انجام موارد زیر باشد:

۱ـ ارزشیابی اهداف و ارتباط با آنها را با دیگر مراحل فرآیند پرستاری توصیف نماید.
۲ـ دستیابی به اهداف اختصاصی قابل انتظار بیمار را که در برنامه مراقبت مشخص شده را ارزشیابی کند.
۳ـ عوامل مداخله گر مؤثر بر موفقیت و یا عدم موفقیت در دستیابی به برآیندهای مورد انتظار را دستکاری نماید.
۴ـ از پاسخ‌های متقابل بیمار به برنامه مراقبتی استفاده نموده و

در صورت لزوم برنامه مراقبتی را تعدیل نماید.
۵ـ ارتباط بین اطمینان ـ کیفیت، برنامه‌های اصلاح کیفیت و مزیت آنها را در مراقبت بهداشتی توضیح دهد.
۶ـ اهمیت ارزشیابی از خود را به عنوان یک عامل ویژه در توسعه توانایی ارایه خدمات پرستاری با کیفیت بیان نماید.

واژه‌های کلیدی

- ارزشیابی موازی (همراه) Concurrent Evaluation
- معیار criteria
- ارزشیابی کردن Evaluating
- تمرینات (اعمال) شهودی Evidence-based proctice
- ارزشیابی برآیندهای موردانتظار outcome evaluation
- مرور با دقت pecr review
- اصلاح اجرای مراقبت performance improvement
- فرآیند ارزشیابی process evaluation
- برنامه‌های‌اطمینان‌به کیفیت quality-assurance program
- اصلاح کیفیت quality improvement
- ارزشیابی گذشته‌نگر retrospective evaluation
- استانداردها standards
- ساختار ارزشیابی structure evaluation

در پنجمین مرحله فرآیند پرستاری، پرستار و بیمار با همکاری همدیگر با استفاده از شاخصهای مشخص چگونگی دستیابی به برآیندهای مورد انتظار بیمار را که در برنامه مراقبتی طراحی شده را ارزشیابی می‌نمایند. هنگامی که دستیابی به اهداف قابل انتظار بیمار ارزشیابی می‌شود پرستار عوامل مؤثر در توانایی دستیابی به این اهداف را تعیین و در هنگام ضرورت طرح مراقبتی را تعدیل می‌نماید (شکل ۱ـ۱۶).

هدف از ارزشیابی، موفقیت در دستیابی به اهداف و برآیندهای مورد انتظار بیمار است که می‌تواند بر آینده روابط متقابل پرستار بیمار تأثیرگذار باشد. براساس واکنش متقابل بیمار نسبت به طرح مراقبتی پرستار یکی از راههای زیر را انتخاب می‌نماید:

- خاتمه طرح مراقبتی زمانی که هریک از اهداف قابل انتظار برآورد گردد.
- تعدیل برنامه مراقبتی چنانچه مشکلاتی برای دستیابی به اهداف قابل انتظار وجود دارد.
- ادامه برنامه مراقبتی در صورتی که زمان بیشتری جهت دستیابی به اهداف قابل انتظار نیاز باشد.

هنگامی که نیاز بیمار به تعدیل مراقبت پرستاری ارزشیابی می‌گردد پرستار انجام هر مرحله از فرآیند پرستاری را مرور می‌نماید (ارزیابی و شناخت، تشخیص، برنامه‌ریزی و اجراء). موفقیت در ارزشیابی سبب بهبود تصویر حرفهٔ پرستاری در عامه مردم گشته و به بقاء پرستاری توسط ارتقاء تداوم خدمات پایه انتخاب شده پرستاری و اثبات صلاحیت این خدمات در تیم مراقبتی بهداشتی کمک می‌نماید.

تمرکز ممتاز بر ارزشیابی پرستاری

پرستار به عنوان عضوی از تیم بهداشتی مراقبتی با انواع ارزشیابی روبرو می‌شود. شاخصهای پرستاری در دستیابی به اهداف و برآیندهای مورد انتظار عبارتست از: چگونگی تأثیر کمکهای پرستاری برای دستیابی به اهداف اختصاصی تعیین شده در بیماران، صلاحیت پرستاران و عوامل خارجی مداخله‌گر مانند تفاوت در انواع خدمات تیم مراقبتی بهداشتی تجهیزات یا پروسیجرهای اختصاصی یا عوامل اقتصادی اجتماعی و تأثیر عوامل در سلامتی و بهبودی بیمار.

به هر حال همیشه بیمار اولین کانون مورد توجه پرستار است. در این راستا ممکن است پرستار پروسیجرهای خلاق و شایسته‌ای را برای مراقبت از بیمار بعمل آورد اما اگر این اقدامات پرستار در دستیابی به اهداف طراحی شده به بیمار کمک نکند فاقد اعتبار است. هدف اصلی تمامی ارزشیابیهای مستقیم و غیر مستقیم پرستاری بررسی کیفیت مراقبت پرستاری در دستیابی به اهداف قابل انتظار بیمار می‌باشد بنابراین مهمترین عمل ارزشیابی که توسط پرستار و بیمار انجام می‌شود ارزشیابی، دستیابی بیمار به اهداف قابل انتظار وی می‌باشد.

مؤسسه کیفیت طب در مراقبت از سلامتی در آمریکا در ارتباط با این که بیماران چه انتظاراتی را از تیم مراقبتی بایستی داشته باشند آموزش عمومی داده است (کادر ۱ـ۱۶) هر پرستاری می‌تواند با استفاده از راهبردهای تعیین شده شیوه مراقبتی خود را مورد ارزشیابی قرار دهد.



ارزیابی و شناخت

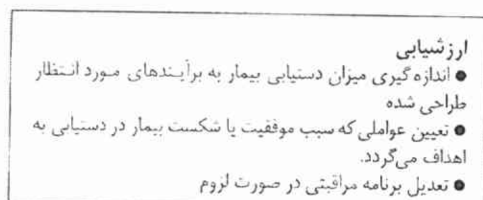
تشخیص

تعیین برآیندهای مورد انتظار و برنامه‌ریزی

اجراء

تعدیل / ادامه / خاتمه مراقبت‌های پرستاری





شکل ۱ـ۱۶. ارزشیابی: بیمار و پرستار با همکاری یکدیگر چگونگی دستیابی به اهداف اختصاصی در برنامه مراقبتی را تعیین می‌نمایند. عواملی که سبب موفقیت یا نارسایی می‌گردد را مشخص کرده و چنانچه ضروری باشد برنامه مراقبتی را تعدیل می‌نماید. پاسخ متقابل بیمار به برنامه مراقبتی تعدیل، ادامه و یا خاتمه برنامه را مشخص می‌نماید.

تفکر انتقادی و اندازه‌گیری میزان دستیابی بیمار به برآیندهای مورد انتظار بیمار

پنج عامل طبقه‌بندی شده ارزشیابی عبارتند از:

(۱) تعیین معیارها و استانداردهای ارزشیابی (زمانی که شما دستیابی به اهداف قابل انتظار بیمار را جستجو می‌نمایید)

(۲) گردآوری اطلاعات جهت تعیین چگونگی دستیابی به این استانداردها و معیارها

(۳) تفسیر و خلاصه کردن یافته‌ها

(۴) ثبت قضاوت شما

(۵) خاتمه، ادامه و یا تعدیل برنامه

در هر کدام از این عوامل، پرستار بایستی با تفکر انتقادی مشخص نماید چطور می‌توان بهترین ارزشیابی را از میزان پیشرفت و دستیابی بیمار به برآیندهای مورد انتظار از پیش تعیین شده انجام دهد.

در فرآیند پرستاری معیار ارزشیابی برآیند مورد انتظار توسعه یافته بیمار در مرحله برنامه‌ریزی است. به دلیل این که تغییرات مورد نظر طراحی شده یا پیامدهای قابل انتظار در رفتار بیمار منعکس می‌گردد و همچنین بعلت این که اعمال پرستاری مستقیماً معطوف به این اهداف و برآیندها می‌باشد اهداف و برآیندهای مورد انتظار بیمار مرکز و هستهٔ اصلی ارزشیابی می‌باشد.

عملکرد ارزشیابی تعیین چگونگی دستیابی به اهداف قابل انتظار بیمار و سپس تعیین پاسخ متقابل مناسب پرستاری به این انتظارات است.

تمرینات انعکاسی (تأملی): تعاملی با مهارتهای بین فردی

برای اولین بار آقای نیکلاس سوروس مرد ۶۸ ساله با تشخیص جدید دیابت را در کلینیک ملاقات کردم. او ۵۰ پوند اضافه وزن داشت و تاریخچهٔ سلامتی وی نشان می‌داد بایستی جهت تغییر در رژیم غذایی و تمرینات ورزشی او برنامه‌های جدی در نظر گرفته شود. سیستم مراقبتی برنامه کاهش وزن و تنظیم فعالیت فیزیکی را جهت کمک به کنترل بیماری دیابت و وزن آقای سوروس پیشنهاد نمود برای انجام این کار من آموزشهای مقدماتی را شروع کردم. متأسفانه هنگامی که در اولین کنترل ایشان به درمانگاه مراجعه کرد مشخص گردید که وی ۵ پوند اضافه وزن دارد او گزارش می‌کرد که احساس می‌کند بیشتر از گذشته پیر شده است و راجع به فعالیت بدنی و رژیم غذایش نگران است. او اظهار می‌نماید «شما می‌توانید بیماری دیابت مرا از طریق دارو درمانی کنترل کنید؟» زمانی که من این مسئله را به پرستار گزارش کردم او به من گفت که آقای سوروس می‌داند که بایستی چه کار کند حالا او در قبال خودش مسئول است من با این نظر و واکنش نسبت به آقای سوروس موافق نیستم و فکر می‌کنم ایشان به پیگیری و کمک بیشتری نیاز دارد.

فکر خارج از چهارچوب

● آقای سوروس را به خاطر بیاورید وی چه کارهایی نیاز داشت انجام دهد و همچنین به او بگویید چه مسئولیت‌هایی دارد!

● بعد از این که من مطمئن شدم وی حقیقتاً می‌داند چه کاری باید انجام دهد، و در صورتی که مطمئن شوم وی ارزش کافی برای سلامتی خود و ایجاد رفتارهای جدید قائل است، تلاش می‌نمایم تا رفتار جدید در وی ایجاد شود.

● اطمینان از این که آقای سوروس به ما اعتماد کرده و برای همکاری با ما جهت دستیابی به اهداف سلامتی ارزش قائل است.

ارزشیابی یک برآیند مورد انتظار خوب: چطور می‌توانم موفقیت را تعریف کنم؟

● آقای سوروس به وزن مورد نظر دست خواهد یافت و متعهد به برنامه ورزشی خواهد ماند.

● آقای سوروس احساس استقلال نموده و توانایی تعیین برنامه مناسب زندگی را داشته و همزمان احساس می‌نماید که ما از سلامتی وی مراقبت می‌نماییم.

● من در رابطه با توسعه ارتباط بیمار پرستار نکاتی را آموختم و کشف کردم که ارتباط چه نقش اساسی در کمک به بیمار در دستیابی به برآیندهای مورد انتظار جهت رسیدن به سلامتی دارد.

یادگیری شخصی: به سمت آینده!

من چیزهایی را دربارهٔ خودم و اهمیت تمایز بین آموزش و مشاوره یاد گرفتم. بطور واضح صرفاً آموزش دربارهٔ رژیم غذایی و تمرینات به آقای سوروس کافی نبوده است. آقای سورس به هیچ عنوان تا زمانی که ارزش کافی برای سلامتی‌اش قائل نشود و تغییر در نیازهایش را نپذیرد، تغییر در شیوهٔ زندگی وی ایجاد نمی‌شود. من موقعی به میزان اهمیت ارتباط بیمار و پرستار پی‌بردم که آقای سورس برای سومین ویزیت مراجعه کرد، و از من به عنوان پرستاری که مراقبت از او را به عهده دارم، خواست که بگویم دربارهٔ سلامتی و چگونگی عملکرد وی چه انتظاراتی دارم.

تأمل (تفکر)

چنانچه شما در موقعیتی مشابه قرار بگیرید فکر می‌کنید چه واکنشی نشان دهید؟ چرا؟ به او دربارهٔ کفایت مهارتهایتان برای انجام اعمال حرفه‌ای چه می‌گویید؟ آیا شما می‌توانید به نوع دیگر پاسخ فکر کنید؟ نوع برنامه آموزشی را که ممکن است دانشجوی پرستاری در اولین جلسه آموزشی استفاده نماید را توصیف نمائید. چطور ممکن است برنامه آموزشی نسبت به پاسخ بیمار در ویزیت بعدی تغییر نماید؟ آیا برآیندهای مورد انتظار تعیین شده مقدماتی بر پایهٔ تغییرات برنامه آموزشی نیازی به اصلاح دارد؟ لطفاً توصیف نمایید چرا بله و چرا نه؟ جهت پاسخ مناسب به این موقعیت شما به چه مهارتهای دیگری (شناختی، بین پرسنلی، تکنیکی، اخلاقی و قانونی) نیاز دارید. طبقه‌بندی نمایید که این مهارتها به کدام حیطه شناختی، عاطفی یا روانی حرکتی تعلق دارد. آیا شما موافق معیارهای ارزشیابی جهت دستیابی موفقیت‌آمیز به برآیندهای مورد انتظار هستید؟

مگان کیل، دانشگاه جورج تاون
Megan kyle.Georgetown University

به گذشته فکر کنید به آقای نیکلاس سوروس مرد ۶۸ ساله مبتلا به دیابت که نیاز به تمرینات بدنی و کاهش وزن داشت. برآیندهای مورد انتظار مقدماتی تعیین شده تمرکز بر روی برنامه‌های کاهش وزن و تمرینات بدنی داشت. جهت دستیابی به این هدف ویزیت اولیه بر روی آموزش متمرکز شد. به هرحال اظهارات بیمار و افزایش وزن وی که در ویزیت مشخص شد، نشان داد که پرستار به برآیندهای مورد انتظار تعیین شده دست نیافته است بنابراین بعضی از تغییرات در برنامه مراقبتی بیمار ضروری است.

تعیین معیارها و استانداردهای ارزشیابی

اگرچه از واژه‌های معیار و استاندارد غالباً در منابع هنگام ارزشیابی به جای یکدیگر استفاده می‌شوند اما بین این تعاریف تمایزاتی وجود دارد. معیار (میزان) در مورد کفایت قابل اندازه‌گیری صفات اختصاصی در ارتباط با مهارتهای اختصاصی، دانش یا وضعیت سلامت استفاده می‌شود. معیارها توصیف کننده میزان پذیرش خدمات مراقبتی توسط بیمار و یا پرستار با استفاده از رفتار و پاسخ‌های متقابل بیمار بوده که بیان کننده توقعات وی می‌باشد. در فصل ۱۴ در قسمت برنامه‌ریزی چگونگی تعریف و طبقه‌بندی معیارها به عنوان برآیندهای مورد انتظار بیمار توصیف شده است.

کادر ۱ـ۱۶. بیماران باید چه انتظاراتی از مراقبت داشته باشند؟

۱ـ بدنبال ملاقاتهای بیمار: از شما هر زمانی که نیاز داشته باشید یا نیازی وجود داشته باشد مراقبت خواهد شد. شما می‌توانید به اشکال مختلفی کمک دریافت نمایید نه فقط با ملاقاتهای چهره به چهره، شما می‌توانید کمکهایی را از طریق اینترنت، تلفن، از منابع متعدد دیگر، با روشهای دیگری در آن شکلی که می‌خواهید دریافت نمایید.
۲ـ فردیت: شما به عنوان یک فرد مستقل خودتان را شناخته و به فردیت خودتان احترام می‌گذارید. انتخاب و ترجیح شما محترم و با ارزش است. سیستم معمول مراقبت به بیشتر نیازهایتان دست می‌یابد. هنگامی که دارای نیازهای ویژه‌ای هستید، مراقبت با آن چیزهایی که شما می‌خواهید و یا با واژه‌های شما جهت دستیابی به آن نیازها منطبق می‌شود.
۳ـ کنترل: چنانچه اجازه دهید سیستم مراقبتی با ارایه خدمات، شما را کنترل می‌نماید.
۴ـ علم: شما مراقبت را بر اساس بهترین دانش در دسترس خواهید داشت. سیستم متعهد می‌شود که شما عالی‌ترین مراقبت با استاندارد را دریافت نمایید. مراقبت از شما بشکلی غیر منطقی از دکتری به دکتر دیگر و یا مکانی به مکانی دیگر تغییر نمی‌کند. سیستم به شما متعهد می‌شود که تمام کمکی را که می‌تواند برای شما انجام دهد و در مواردی که نمی‌تواند به شما کمک کند از مراقبت اجتناب و شما را به مکان مناسبتری ارجاع دهد.
۵ـ ایمنی: اشتباه در مراقبت برای شما مضر نخواهد بود. شما در سیستم مراقبتی ایمن خواهید بود.
۶ـ شفافیت: مراقبت از شما محرمانه خواهد بود، اما سیستم مراقبتی اطلاعات را از شما مخفی نمی‌کند. هر اطلاعاتی در ارتباط با مراقبت و تأثیر آن، به شما منتقل خواهد شد.
۷ـ پیش بینی: با توجه به نیازهای شما مراقبت‌های لازم پیش‌بینی خواهد شد و کمکی را که احساس می‌کنید لازم دارید دریافت می‌نمایید. کمکهایی که به شما خواهد شد فقط واکنش نسبت به نیازها نیست و جامعیت سلامتی در نظر گرفته خواهد شد، کمکی فعالانه جهت حفظ سلامتی را تجربه خواهید کرد.
۸ـ ارزش: مراقبت از شما وقت و پولتان را تلف نخواهد کرد. شما به طور مداوم منافع مداخلات را متوجه می‌شوید و ارزش این مراقبت برای سلامتی‌تان زیاد خواهد شد.
۹ـ تشریک مساعی: افرادی که مراقبت از شما را بعهده دارند با یکدیگر هماهنگ بوده و در ارایه خدماتی کامل با یکدیگر و با شما تشریک مساعی می‌نمایند. دیوارهای بین مؤسسه و افراد حرفه‌ای خرد شده است بنابراین به تجربیات و نظرات شما بی‌توجهی نخواهد شد. هرگز احساس نخواهید کرد که در مراقبت به شما توجه نمی‌شود.

کادر ۲ـ۱۶. راهبردهای ضروری در اعمال بالینی و عملکرد بر اساس شهود

راهبردهای ضروری اعمال بالینی چیست؟ راهبردهای ضروری اعمال بالینی توصیه‌هایی است برای این که چطور مراقبت‌ها در بیماریهای خاص، مشکلات یا موقعیت‌های خاص انجام شود (مانند چطور بهترین مدیریت در جلسه ترک سیگار اعمال شود، یا چگونه می‌توان از بندناف یک نوزاد تازه متولدشده، بهترین‌مراقبت را به عمل آورد) راهبردهای ضروری اعمال‌بالینی بایستی برای‌استفاده و مقاصد خاص توسعه پیدا کند و بهترین طرح برای تشریک مساعی و ارایه خدمات بالینی علمی توسط افراد حرفه‌ای ارایه گردد. هنگامی که شواهد علمی‌کافی باشند، راهبردهای عملیاتی‌آشکارو‌واضح می‌باشد. هنگامی که شواهد علمی ناکافی باشد در ارایه مراقبت و انجام اعمال با توجه به منابع دانش دیگری که در دسترس است مانند تحقیقات مختلف یک شکاف و اختلافی بین ارایه دهندگان خدمات ایجاد خواهد شد؟ چه سایتهای اینترنتی برای ارایه بهترین راهبردهای علمی بالینی منطبق با علم روز و استانداردوجود دارد؟ منابع اطلاعاتی با ارزش برای تحقیق و انتخاب بهترین کیفیت در موسسات بهداشتی وجود دارد که عبارتند از:

http://www.ahrq.gov and the cochrane library
http://www.cochrane.org/resources/brochure.htm
http://www.update-software.com/cochrahe/.

چطور شما می‌توانید بهترین استفاده را از اطلاعات این وب سایتها داشته باشید؟
مرکز تحقیقات مؤسسات بهداشتی درمانی پیشنهاد می‌نماید خلاصه این اطلاعات به استفاده کننده‌ها منتقل و گزارش شود (روی home page بر روی Evidence-Base-practice کلیک کنید سپس گزارشهای مربوطه را گوش کنید) همچنین آرشیوهایی از سال ۱۹۹۶ـ۱۹۹۲ وجود دارد که توسعه داده شده است. می‌توانید در صورت نیاز آخرین تحقیقات بر روی موضوعات مختلف را دریافت نمایید.
مؤسسه کوچران سیستم‌های مرور کننده اطلاعات را بصورت خلاصه و کامل و گرفته شده از آخرین تحقیقات ارایه می‌نماید. یک مرور سیستماتیک می‌تواند سبب اخذ تصمیمات قوی در ارایه خدمات بالینی شود. خلاصه این شواهد را می‌تواند در سیستم رایانه جستجو کرد و از منابع اطلاعاتی هم استفاده نمود (مانند CINAHL) می‌توانید کل اطلاعات را نیز که در دسترس است از طریق:
http://update-software com/clibng/clibngon.htm
استفاده از گزارشهای و اطلاعات خلاصه شده می‌تواند سبب عمل به تعهد سیستمهای مراقبتی یعنی بهبودی و ارتقاء مراقبت. دستیابی بهتر به برآیندهای مورد انتظار بیمار و کفایت در مراقبت درمان گردد. بهرحال استفاده‌از اطلاعات علمی در عملکردهای بالینی مکانیسمی را ایجاد می‌نماید که سبب ایفاء نقش و انجام مسئولیت‌های ما در قبال جامعه می‌شود و مراقبتها به روشی مؤثر اجرا می‌شود.

استانداردها سطح قابل قبول عملکردها بوده که توقعات پرسنل پرستاری یا دیگر اعضاء تیم مراقبتی را برآورد می‌نماید. استانداردها توسط مراجع معتبر، افراد استفاده کننده از خدمات یا رضایت آنها ثبت می‌گردند. یک مثال بسیار خوب از استاندارد، استانداردهای انجمن پرستاران آمریکا در انجام اعمال پرستاری می‌باشد که در فصل ۱ نشان داده شده است. کادر ۲ـ۱۶ مثالهایی را از سایتهای اینترنتی پیشنهاد می‌نماید که راهبردهای مراقبت‌های بالینی را نشان می‌دهد. یک واژه‌ای که بجای استاندارد استفاده می‌شود پروتکل است تمامی پروتوکلها مشخص می‌نمایند که چگونه در موقعیت‌های اساسی و خاص مراقبتها ارایه و این موقعیتها اداره می‌شوند. هدف از طراحی و ارایه مراقبت‌های پرستاری دستیابی به شواهدی است که از برآیندهای مورد انتظار بیمار و رسیدن به این برآیندها حمایت می‌نماید (انجام اعمال بر اساس شهود).

گردآوری اطلاعات جهت ارزشیابی

پرستار اطلاعات لازم برای ارزشیابی و تعیین چگونگی دستیابی بیمار به اهداف قابل انتظار طراحی شده را گردآوری می‌نماید. نظر به این که پرستار در مرحله ارزیابی و شناخت با استفاده از گردآوری اطلاعات مشکلات سلامتی بیمار را تعیین می‌نماید در مرحله ارزشیابی نیز جهت تعیین مشکلات سلامتی و یا حل این مشکلات از اطلاعات گردآوری شده استفاده گردیده و دستیابی به اهداف تعیین شده ارزشیابی می‌گردد.

خانم تسوکی پیرزنی که دو برابر دُز معمول دیورتیک دریافت کرده بود را در نظر بگیرید. این ارزیابی مقدماتی در وی نیاز به آموزش را مشخص می‌نمود. بنابراین هنگامی که دستیابی به برآیندهای مورد انتظار برای این بیمار ارزشیابی می‌گردد پرستار بایستی تعیین نماید که چطور می‌توان درک بیمار را از رژیم دارودرمانی مشخص نمود تا دیگر احتمال گرفتن دو داروی مشابه برای وی وجود نداشته باشد.

این فصل بر روی مفاهیم زیر بحث می‌نماید: (۱) انواع روشهای مختلف در گردآوری اطلاعات جهت ارزشیابی میزان دستیابی به انواع مختلف برآیندهای مورد انتظار بیمار و (۲) معیار زمان برای گردآوری اطلاعات.

انواع برآیندهای مورد انتظار

انواع روشهای گردآوری اطلاعات که ارزشیابی دستیابی به اهداف را حمایت می‌نماید توسط ماهیت هدف مشخص و تعیین می‌گردد. نمونه‌ای از این برآیندهای مورد انتظار در کادر ۳ـ۱۶ همراه بخش نشان داده شده است: ارزشیابی چهار نوع برآیند مورد انتظار در طرح مراقبت پرستاری مطرح شده است. جمع‌آوری اطلاعات به تعیین میزان دستیابی به برآیندهای مورد انتظار ثبت شده در جملات ارزشیابی منجر می‌شود.

برآیندهای مورد انتظار حیطه شناختی

برآیندهای مورد انتظار در حیطه شناختی سبب افزایش دانش بیمار می‌گردد، ممکن است این اهداف به‌سادگی توسط روشهای ذکر شده ارزشیابی گردد از بیمار بخواهید اطلاعات را تکرار نماید یا در یک سطح بالاتر از وی بخواهید اقدامی را انجام دهد بدین طریق که بیمار دانش جدید را در موقعیتهایی که هر روز ایجاد می‌گردد به کار گیرد. برای مثال از بیمار بخواهید محدودیت جدید ایجاد شده در رژیم غذایش را توصیف نموده و برنامهٔ هفتگی غذایی سازگار با محدودیت جدید طراحی نماید.

برآیندهای مورد انتظار روانی حرکتی

برآیندهای مورد انتظار در حیطه روانی حرکتی دستیابی بیمار را به مهارتهای جدید توصیف می‌نماید این اهداف نیز بوسیله نشان دادن یک مهارت جدید توسط بیمار ارزشیابی می‌گردد.

برآیندهای مورد انتظار عاطفی

برآیندهای مورد انتظار در حیطه عاطفی به تغییرات در ارزشها، اعتقادات و نگرشهای بیمار مربوط می‌گردد. اهداف عاطفی بیشتر به صورت یک مجموعه ارزشیابی می‌شود مشاهده رفتار و گفتار بیمار می‌تواند تعیین کننده چگونگی دستیابی به اهداف عاطفی باشد.

برآیندهای مورد انتظار فیزیولوژیک

آخرین نوع جملات بیان کننده برآیندهای مورد انتظار، برآیندهای مورد انتظار فیزیولوژیک، تغییرات فیزیکی در برآیندهای مورد انتظار که هدف بیمار است می‌باشد. جهت ارزشیابی میزان دستیابی به این نوع از برآیندهای مورد انتظار، پرستار بایستی در گردآوری اطلاعات مرتبط و مقایسه با اطلاعات قبلی بیمار از مهارتهای بررسی وضعیت فیزیکی (معاینات فیزیکی) استفاده نمایند.

تایلر جیسون نوزاد تازه متولد شده‌ای را که هیچ مدفوعی را بدلیل فقدان مجرای آنوس نداشته است را به خاطر می‌آورید؟ پرستار بایستی برآیندهای مورد انتظار فیزیولوژیک متمرکز بر دفع مواد دفعی و عبور مدفوع به شکل عادی را توسعه دهد.

معیار زمان

علاوه بر دانستن نوع اطلاعات گردآوری شده جهت تعیین نحوه دستیابی به اهداف قابل انتظار آگاهی از زمان مناسب گردآوری این اطلاعات نیز بسیار مهم است.

زمانی که برآیندهای مورد انتظار بیمار توسعه می‌یابد یک چهارچوب زمانی تثبیت شده جهت تعیین تغییرات اختصاصی در دسترس قرار می‌گیرد. پرستار در یک زمان طراحی شده با همکاری بیمار خانواده وی و دیگر اعضاء تیم پرستاری دستیابی به برآیندهای مورد انتظار بیمار را ارزشیابی می‌نماید.

چنانچه توسعه برآیندهای مورد انتظار، قابل مشاهده و اندازه‌گیری باشد نحوه گردآوری اطلاعات برای ارزشیابی کاملاً واضح و روشن است.

کادر ۳-۱۶. ارزشیابی چهار نوع از برآیندهای مورد انتظار در برنامه مراقبت پرستاری

تشخیص‌های پرستاری:

افزایش خطر تغییر نقش والدین در ارتباط با عدم تجربه قبلی در تربیت کودک (ترس)

ارزیابی اطلاعات:

اطلاعات سوبژکتیو (ذهنی): «من و شوهرم هر دو نگرانمان از این که نمی‌دانیم هنگام آوردن بچه به خانه چه کار بایستی انجام دهیم می‌ترسیم.»

اطلاعات ابژکتیو (عینی): هر دو والدین تنها فرزند خانواده هستند و اظهار می‌کنند که تا به حال تجربه تربیت کودک را نداشتند نوزاد پسر در تاریخ ۲۰۰۶/۲/۴ سالم متولد شده است.

اولین فرزند:

نقاط قوت (اهمیت زیاد بچه): هر دو والدین ۳۸ ساله هستند با تاریخچه ناباروری، انگیزه قوی برای آموختن و کاربرد مهارتهای مورد لزوم والدین جهت مراقبت از فرزند شبکه‌های حمایتی قوی

برآیندهای مورد انتظار	مداخلات پرستاری	جملات ارزشیابی «برآیندهای مورد انتظار واقعی»
برآیندهای مورد انتظار حیطه روانی حرکتی: قبل از ترخیص والدین با اطمینان موارد زیر را نشان دهند. ● نحوه نگهداشتن کودک ● پوشاندن لباس، تعویض کنه بچه ● حمام کردن کودک ● تغذیه کردن کودک	دانش والدین را در مورد تربیت کودک بررسی نمایید. تعیین و تقویت انگیزه برای یادگیری: هر نوع اطلاعات اشتباه در مورد مراقبت را تصحیح نمایید. توسعه و اجراء برنامه آموزشی در زمانی مناسب. برنامه آموزشی والدین عبارتست از: ● ایفاء نقشهای اولیه پرستاری و تکنیکهایی که سبب آسایش کودک گردد از قبیل نگه داشتن ایمنی کودک و پوشاندن لباس بچه ● استقلال والدین از طریق تماشای فیلم ویدیویی: مراقبت از بچه حمام بچه ـ تغذیه با شیر مادر راجع به تک تک موارد زیر مذاکره و بحث نمایید. کلاس برای والدین جدید: پرستار نحوه حمام کردن کودک را نشان داده و در ارتباط با اصول اساسی مراقبت عمومی از کودک بحث نماید. ● پرستار در شروع جلسه تغذیه با شیر مادر، مادر و نوزاد را مشاهده نماید و در صورت نیاز به مادر آموزش داده و آنها را حمایت نماید.	۲۰۰۶/۲/۶ دستیابی به بخشی از اهداف: والدین به طور صحیح و ایمن تکنیکهای نگهداشتن. لباس پوشاندن و حمام کردن بچه را نشان می‌دهند. مادر هنوز نگران کم شیر خوردن بچه است. تجدید نظر (اصلاح): گذراندن زمان بیشتر با مادر و نوزاد در زمان تغذیه کودک تقویت بیشتر و مثبت مادر. «فارغ التحصیل پرستاری ف.بورالی»
برآیندهای مورد انتظار حیطه شناختی: تا تاریخ ۲۰۰۶/۲/۶ چنانچه والدین با مشکل یا سوالی پس از ترخیص نوزاد روبرو شدند عملکرد مقتضی مناسبی داشته و در موارد زیر آمادگی داشته باشند: ● اسم و شماره تلفن پرستار اولیه ● اسم و شماره تلفن متخصص اطفال ● تعهد در تماس و دادن شماره تلفن	پاسخ دادن به سوالات والدین و برطرف کردن دلواپسی آنها ارزیابی دانش والدین در ارتباط با مشکلات مکرری که معمولاً والدین جدید با آن مواجه می‌شوند. دادن اطلاعات لازم به بیمار در ارتباط با منابع مناسب در دسترس در جامعه و توصیف عملکرد مناسب در صورتی که سوال یا مشکل خاصی ایجاد شود.	۲۰۰۶/۲/۶ دستیابی به برآیندهای مورد انتظار، والدین در ارتباط با بعضی از مشکلات نوزاد از قبیل تغذیه، رفع و ناخوشی بحث می‌نمایند و منابع مناسب موجود در جامعه جهت تماس را معرفی می‌کند. «پرستار فارغ التحصیل ف.مورالی»
برآیندهای مورد انتظار حیطه عاطفی: قبل از ترخیص والدین به صورت کلامی کاهش اضطراب ناشی از مراقبت از پسرشان را بیان نمایند.	میزان اضطراب والدین و تاثیر عوامل منفی احتمالی موجود در تربیت کودک را بررسی نمایید. راجع به این عوامل با والدین بحث کنید. کفایت استراتژیهای تطابقی، افزایش دانش، عمل در محیط حمایتی و منابع جامعه را برای والدین بررسی نمایید، در صورت نیاز با آنها مشاوره کنید. از مهارتهای جدید والدین تعریف نمایید. اجازه دهید اضطراب و یا ترسهای اختصاصی بیمار تخلیه گردد با آموزش یا حمایتهای روحی در صورت لزوم به والدین واکنش نشان دهید.	۲۰۰۶/۲/۶ دستیابی به بخشی از برآیندهای مورد انتظار. بجز تغذیه با شیر مادر هر دو والدین از نگهداری پسرشان در منزل احساس آسایش و آرامش می‌نمایند و مشتاق نگهداری از فرزندشان هستند. «پرستار فارغ التحصیل ف.مورالی»
برآیندهای مورد انتظار فیزیولوژیک: یک ماه پس از زایمان با والدین مصاحبه نمایید. ۲۰۰۶/۳/۴ کودک (توسط والدینش) نشان می‌دهد به اندازه کافی: ● وزن کسب کرده است(وزن زمان تولد ۷ پوند) ● الگوی خواب و استراحت کافی ● کفایت میزان آسایش و راحتی ● بهره مندی کافی از والدین	یک ماه پس از زایمان با استفاده از مصاحبه تلفنی کفایت مهارتهای والدین را ارزیابی کنید. با گزارش مثبت رشد و تکامل نوزاد، والدین را تشویق (تقویت مثبت) نمایید. با گزارش نکات منفی به والدین آموزش دهید و یا با آنها مشاوره نموده و در صورت لزوم به منابع مناسب موجود در جامعه ارجاع دهید.	۲۰۰۶/۳/۴ در ارتباط با دستیابی به برآیندهای مورد انتظار والدین گزارش می‌کنند که کودک وزن گرفته است و رفتار والدین نشان‌دهنده وجود مهارتهای خوب در آنها می‌باشد. «فارغ التحصیل پرستاری ف.بورالی»

مثالهایی از ۳ نوع معیار زمان به قرار زیر است:

- تا تاریخ ۲۰۰۶/۸/۷ بیمار طول راهرو را با استفاده از واکر راه برود.
- تا ابتدا تاریخ ۲۰۰۶/۸/۷ بیمار کاهش وزن ۳ پوند در ماه را نشان دهد تا به وزن مورد نظر (۱۳۵ پوند) دسترسی پیدا کند (۲۰۰۶/۸/۶ وزن ۱۵۱ پوند)
- والدین بیمار قبل از ترخیص وی پروسیجر فیزیوتراپی قفسه سینه را بطور صحیح نشان دهند. ارزشیابی هرچه سریعتر دستیابی به برآیندهای مورد انتظار بیمار برای پرستاران بسیار با اهمیت است. معمولاً نیل به اهداف مشخص با کمک بیمار و تشویق وی امکان‌پذیر بوده ضمن این که این امر سبب دستیابی به اهداف بیشتری در آینده خواهد شد.

هنگامی که نارسایی در دستیابی به برآیندهای مورد انتظار طراحی شده سریع مشخص گردد، می‌توان طرح مراقبتی را تعدیل و نارسایی را جبران کرد.

به گذشته فکر کنید به نیکلاس سوروس، مرد ۶۸ ساله‌ای که دچار بیماری دیابت شده بود. با تشخیص عدم دستیابی بیمار به برآیندهای مورد انتظار در ویزیت بعدی، پرستار می‌تواند اطلاعات اضافی را جهت تعدیل برنامه مراقبتی بدست بیاورد. بطور مثال شاید آقای سوروس مطالب آموزش داده شده جهت مراقبت را به طور کامل درک نکرده باشد. یا ممکن است او مشکلی را در پذیرفتن تشخیص بیماریش داشته باشد در نتیجه مشکل آگاهی سبب بروز اختلال در توانایی وی برای کامل کردن برنامه مراقبتی گشته و همین امر سبب می‌شود تا به جای این که بیمار وزن از دست دهد وزن بدست آورد.

شایعترین اشتباه پرستاران در ارزشیابی سرویسهای مراقبتی حاد انتظار کشیدن و عدم ارزشیابی دستیابی به برآیندهای مورد انتظار تا روز ترخیص بیمار می‌باشد و این امر سبب تأخیر در اصلاح برنامه مراقبتی در صورت لزوم خواهد شد.

تفسیر و خلاصه کردن یافته‌ها

قبل از این که پرستار بتواند دربارهٔ دستیابی به برآیندهای مورد انتظار بیمار قضاوت نماید ضروری است که اطلاعات گردآوری شده را تجزیه و تحلیل و خلاصه کند. مجموعه اطلاعات قبل از تعیین تشخیص پرستاری و معتبرسازی تشخیصها بایستی تفسیر شود و سپس اطلاعات تفسیر شده مورد ارزشیابی قرار گیرد. برای مثال بیماری که انتظار داشته طول راهرو را با واکر طی نماید بخواهد بدلیل ضعف جسمانی به اتاقش برگردد. در این ارتباط پرستار بایستی اطلاعات اضافی کسب نماید تا مشخص شود آیا این مشکل بیمار به دارو درمانی یا یک عدم تعادل متابولیکی وابسته است یا فقط علامتی از عدم توانایی بیمار است که چنین رفتاری در بیمار شکل گرفته است.

تفسیر اطلاعات ارزشیابی به تفکر انتقادی نیاز دارد مهارتی که بایستی تمرین شود.

در هنگام تفسیر و خلاصه کردن یافته‌ها بسیار با اهمیت است که عوامل مؤثر در دستیابی به برآیندهای مورد انتظار در نظر گرفته شود. بیمار، پرستار و تیم بهداشتی مراقبتی از متغیرهای با اهمیتی است که می‌تواند در دستیابی به برآیندهای مورد انتظار بیمار تأثیر مثبت یا منفی دارد. تعیین این متغیرها به پرستار اجازه می‌دهد عواملی که بر روی آینده بیمار تأثیر مثبت دارد را بشناسد و همان طور که این عوامل را مورد بررسی قرار می‌دهد احتمال تأثیر عوامل دیگر را در ایجاد مشکلات که در آینده ممکن است بروز نماید را در نظر می‌گیرد. به همین دلیل پرستاران بیشتر حساس خواهند شد و در اعمال پرستاری به عوامل مداخله‌گر پاسخ متقابل نشان می‌دهند. مثالهایی از عوامل مثبت شامل انگیزه قوی بیمار در آموختن رفتارهای جدید بهداشتی است.

پرستاری که با ایده‌هایی یاد گرفته از مجلات علمی پرستاری سر کار می‌آید و با اطلاعات جدید از بیماران مراقبت می‌نماید و مؤسسات بهداشتی که مراقبت‌های پرستاری را با کیفیت بالا و نسبت مناسب بین بیمار و پرستار خدمات بالینی را با حداکثر کیفیت ارایه می‌نماید، مثالی دیگر از عوامل مثبت است.

هنگامی که پرستار متوجه می‌شود چه عواملی برای بیمار سودمند است تلاش می‌کند جهت دستیابی به برآیندهای مورد انتظار طراحی شده عوامل مختلف شناسایی شده را دستکاری نماید تا به اهداف مورد نظر برسد. برای مثال: چنانچه بیمار بیاموزد که حرکت مستقل بعد از جراحی مفصل هیپ و توجه شما به او که بنظر می‌رسد هنگامی که همسرش حضور دارد بهترین تلاش را انجام می‌دهد پرستار در برنامه طراحی شده ذکر می‌نماید که حداقل روزی یک مرتبه در حضور همسرش حرکت نماید.

برعکس چنانچه بیماری نشان دهد که زمانی که همسرش حضور دارد از انجام اعمال مستقلانه می‌ترسد در برنامه مراقبتی به این نکته توجه می‌شود که در زمان حضور همسر وی حرکات مستقلانه صورت نگیرد و فقط زمانی که او حضور ندارد این کار انجام شود.

ایده‌ال این است که ترس بیمار قبل از ترخیص مشخص شود چرا که ممکن است این ترس بدلیل مرخص شدن و زندگی با همسرش توسعه پیدا کند.

جدول ۱ـ۱۶ متغیرهایی را که می‌تواند در دستیابی به برآیندهای مورد انتظار، تأثیر منفی داشته باشد را نشان می‌دهد. در این موارد پرستاران نیازمند هستند در ارتباط با متغیرهای مؤثر و پاسخ متقابل نسبت به اعمال پرستاری تفکر انتقادی داشته باشند.

قضاوت‌هایتان را ثبت کنید

پرستار پس از گردآوری اطلاعات و مشخص کردن نحوه دستیابی به برآیندهای مورد انتظار بایستی یافته‌های خود را به شکل خلاصه شده‌ای در جملاتی که بیان کننده ارزشیابی باشد بنویسد. جهت تأکید بر اهمیت ارزشیابی‌ها زیر یک یا دو قسمت جملات ارزشیابی مهم در مراقبت‌های پرستاری خط بکشد. این جملات ارزشیابی عبارتی است که بیان کننده تصمیم پرستار در رابطه با چگونگی دستیابی مناسب به برآیندهای مورد انتظار می‌باشد به نحوی که تمامی اطلاعات و رفتارهای بیمار و تصمیم‌های مراقبتی را حمایت نماید.

پرستاران سه شکل از چگونگی دستیابی به اهداف را پیش رو دارند:

۱ـ دستیابی کامل به برآیندهای مورد انتظار

۲ـ دستیابی به بخشی از برآیندهای مورد انتظار

۳ـ عدم دستیابی به برآیندهای مورد انتظار

- ۲۰۰۶/۱/۲۱ دستیابی به برآیندهای مورد انتظار ـ بیمار گزارش می‌نماید که یک هفته است سیگار نمی‌کشد تایلور، فارغ‌التحصیل پرستاری.
- ۲۰۰۶/۱/۲۱ دستیابی به بخشی از برآیندهای مورد انتظار. بیمار گزارش می‌نماید مصرف سیگار وی کاهش یافته است و از یک پاکت در روز به ۴ تا ۶ نخ سیگار در روز رسیده است. تایلور، فارغ‌التحصیل پرستاری.
- ۲۰۰۶/۱/۲۱ عدم دستیابی به برآیندهای مورد انتظار: بیمار گزارش می‌نماید تغییر در مصرف سیگار نداشته است. تجدید نظر: بررسی مجدد تعهد بیمار برای تلاش در کنترل مصرف سیگار و استفاده از پرسنل و سیستم‌های حمایت کننده کافی جهت کمک بیشتر به‌بیمار برای ترک سیگار تایلور، فارغ‌التحصیل پرستاری.

جملات ارزشیابی بایستی دارای امضاء و تاریخ پرستار باشد (به کادر ۳ـ۱۶ توجه نمایید). به تناوب پرستاران جهت ثبت ارزشیابی دستیابی به برآیندهای مورد انتظار از رهنمودهای خاصی استفاده کرده و در تعدادی از مؤسسات بهداشتی جهت ثبت و گزارش از سیستم کامپیوتری استفاده می‌نمایند.

تعدیل برنامهٔ مراقبتی

هنگامی که ارزشیابی برنامه مراقبتی نشان‌دهنده دستیابی کم و یا عدم دستیابی به برآیند مورد انتظار بیمار می‌باشد و همچنین هنگامی که عوامل مؤثر در ایجاد این مشکل را در برنامه مراقبتی مشخص می‌نماید. پرستار نیازمند ارزشیابی مجدد تمامی مراحل فرآیند پرستاری می‌باشد.

ارزیابی جدید اطلاعات ممکن است نیاز به گردآوری اطلاعات جدیدتر را مشخص نموده و تشخیص‌های پرستاری را اضافه نماید و یا تغییر دهد ممکن است نیاز باشد برآیندهای مورد انتظار تعدیل گشته و یا پس از بازنگری بازنویسی شود همچنین ممکن است نیاز به تغییر توصیه‌های پرستاری و ارزشیابی‌های مکرر وجود داشته باشد.

تایلر جیمسون نوزاد تازه متولد شده‌ای را که بعد از ۳۰ ساعت دفع مدفوع نداشته است را به خاطر آورید؟ برایند مورد انتظار مقدماتی ممکن است به صورت دفع مدفوع طی ۱۸ تا ۲۴ ساعت بعد از تولد بیان شود. به هر حال این برآیندهای مورد انتظار بر اساس اطلاعات مبهم توسعه یافته است. بنابراین پرستار از اطلاعات جدید می‌آموزد که بایستی برآیندهای مورد انتظار را در ارتباط با شرایط نوزاد و وابسته به نوع درمان و اصلاح موارد غیر طبیعی تعدیل نماید.

جهت کمک به ارزشیابی از فرآیند پرستاری و جدول ۲ـ۱۶ که واکنشهای متقابل پرستاری را در زمان مواجهه با مشکلات معمول در طی ارزشیابی را پیشنهاد و مشخص نموده است استفاده نمایید همچنین چک لیستهای متغیر را نیز مرور نمایید.

هنگامی که پرستار عوامل موثر در عدم دستیابی به برآیندهای مورد انتظار بیمار را مشخص می‌نماید جملات ارزشیابی می‌تواند منعکس کننده پیشنهادات ضروری برای اصلاح طرح مراقبتی گردد:

(۱) تشخیص‌های پرستاری را پاک کرده و یا تعدیل نمایید.

(۲) اهداف واقع‌گرایانه‌تر طراحی و بیان گردد.

(۳) به افزایش ترکیب و آمیختگی بین اهداف توجه نمایید.

(۴) معیار زمان را در بیان اهداف تنظیم و یا تعدیل نمایید.

(۵) تغییر در مداخلات پرستاری

جدول ۱ـ۱۶. متغیرهای بیمار، پرستار و سیستم‌های بهداشتی مراقبتی که ممکن‌است سبب کاهش‌کیفیت مراقبت‌پرستاری گردد

متغیرها	راه‌حلهای مناسب
● متغیر بیمار بیماری که هم از نظر فیزیکی و هم از نظر شناختی توانایی مراقبت از خود را دارد ولی از رژیم درمانی خود امتناع ورزیده یا رژیم غذایی را خنثی می‌نماید و با تیم درمان همکاری ندارد.	یک پرستار را تعیین کنید که قادر باشد با بیمار ارتباط دوستانه بر اساس اعتماد ایجاد کند و علت مشاهده رفتارهایی را که در زیر بدان اشاره شده است را مشخص نماید: ● هیچ معنی و مقصودی در زندگی فرد یافت نمی‌شود. ● احساس شدید ضعف ● تاریخچه قبلی از مجروح بودن، سوء استفاده مالی توسط سیستم مراقبتی بهداشتی ● عدم توانایی در پذیرش ناخوشی و تغییرات وابسته در روش زندگی انجام مشاوره مناسب استفاده از کنفرانس گروهی جهت توسعه برنامه مراقبت پرستاری منطقی و سازگار
بیماری که به آرامی پذیرفته که هر کاری را برای او انجام دهند و یا انجام ندهند بندرت نیاز به ارتباط را احساس نموده و از این وضعیت احساس عدم رضایت نیز ندارد.	به طرح مراقبتی بیمار توجه نموده و به طور مداوم آن را ارزیابی نمایید چرا که احتمالاً بیمار ازخود حمایت نمی‌کند. به بیمار آموزش دهید تا از تیم مراقبتی بهداشتی استفاده بهتر و قطعی‌تر نماید.
● متغیر پرستار پرستاری که خالصانه تمایل دارد ۱۵۰٪ از زمان خود را در اختیار تیم درمان قرار دهد زمانی که مشاهده می‌نماید اعمال مراقبتی استاندارد نیستند خیلی سریع شخصی خنثی خواهد شد و ممکن است وی احساس نماید مراقبت توسط پرسنل دیگر با استاندارد پایین ارایه می‌گردد.	یاد بگیرید در مدت زمان تخصیص داده شده برای کار بهترین کیفیت مراقبت را ارایه دهید و به موقع کار راترک کنید از امتحان انجام کار توسط دیگران پرهیز نمایید: دلواپسی و نگرانی مربوط به کار را در محیط کار گذاشته و آن را ترک نمایید. پس از این که به ارایه مراقبت‌های پرستاری با کیفیت مناسب معروف شدید بدنبال راه‌حل‌های خلاق برای مشکلات پرستاری باشید (استراتژی‌هایی را جهت افزایش منابع پرستاری، انگیزه، روحیه) و سعی کنید به شبکه‌های حمایتی موجود امیدوار باشید. به دلواپسی‌ها به عنوان عاملی برای تلاش بنگرید تا مانعی جدی. واقع‌بینانه اظهار نظر نمایید که ارزش مراقبت پرستاری چقدر بوده و با توجه به منابع در دسترس تا چه کیفیتی ارایه می‌گردد. چنانچه منابع به ما اجازه ندهند که مراقبتی با کیفیت دلخواه ارایه دهیم استراتژیهایی را که می‌تواند در این مؤسسات تغییر ایجاد نماید را بررسی و پیگیری کنید. اگر پیشنهادات شما حمایت نمی‌شود سری اعمال دیگری را جستجو و معرفی نمایید.
نگرانیها و دلواپسی‌های جدی پرستار در خارج از محیط کار. ● آماده شدن جهت ازدواج، بچه‌دار شدن، طلاق ● ناخوشی (خود یا افراد فامیل) ● نقش مخالف (نقش‌های خانوادگی، مدرسه، کار و...) ● آپارتمان و خانه جدید و بی‌حوصلگی پرستار	در طی مدتی که بیشترین نیاز وجود دارد ممکن است لازم باشد اعمال و وظایف کمتر را در محیط کار بپذیرید. چنانچه وضعیت طبیعی شد بجز موارد استثنایی بدقت اولویتها را ارزشیابی نمایید. گاهی اوقات ممکن است نیاز باشد شما کار خود را قطع نمایید تا این که با بیمار بدون آمادگی کار کرده و سبب فریب وی شوید. پس از کسب بازخورد اهداف شخصی مرتبط با کار را ثبت نمایید. راهکارهای لازم جهت رشد و ارتقاء حرفه‌ای، که شامل موارد زیر است را پیگیری نمایید: تغییرات لازم را جهت بهبودی وضعیت واحد پرستاری در مراقبت از بیمار و تحریک توسعه خدمات آغاز نمایید. پیوستن به مؤسسات و کمیته‌های علمی، شرکت فعالانه در برنامه‌های توسعه پرسنل، توسعه گروههای حمایت کننده از بیماران و خانواده‌های آنها. جستجوی پوزیشن‌های جدید که سبب تلاشهای جدید در داخل یا خارج مؤسسه علمی گردد. پیوستن به سازمانهای حرفه‌ای رسمی و شرکت فعالانه در این مؤسسات علمی ارزشیابی اهداف آموزشی و جستجوی امکانات، ادامه برنامه آموزش و میزان کار.
متغیر سیستم‌های بهداشتی مراقبتی: کمبود پرسنل	توسعه و استفاده از سیستم طبقه‌بندی بیمار که میزان و انواع سرویسهای مورد لزوم پرستاری را تعیین و ترکیب نموده است. انتظارات بیمار و نیاز به مراقبت‌های پرستاری و الگوی بکارگیری پرسنل را با توجه به عوامل ذکر شده ثبت نمایید. بطور شفاف و واضح نشان دهید که به چه میزان پرسنل جهت ارایه خدمات مناسب با کیفیتی متفاوت نیاز دارید و آن را ثبت کنید. این اطلاعات را گردآوری و آماده نمایید و سپس بر اساس اطلاعات درخواست پرسنل اضافی کنید اگر لازم بود با واحد مربوطه چانه بزنید.
در مدیریت پرستاری عدم حساسیت به نیازهای پرستاری وجود دارد.	این طور به نظر می‌رسد که ارتقاء کیفیت و ترفیع پرستاری در چنین محیطی غیر ممکن باشد چنانچه به نظر می‌رسد علیرغم یافتن کانال مناسب امیدی برای تغییر وجود ندارد اعمال جدیدی را جستجو نمایید. بر اساس تجربیاتی که آموخته‌اید اعمال جدید را ارزشیابی نمایید.

جدول ۲-۱۶. مشکلات معمولی که در مرحله ارزشیابی فرآیند پرستاری بایستی به آن توجه نمود

مشکلات	پاسخ‌های پرستاری
ارزیابی:	
۱- عدم دقت در اطلاعات پایه، بی‌دقتی در تشخیص‌های پرستاری و جلوهٔ بد برنامه‌های مراقبتی	۱- الف: متغیرهای مسئول در ایجاد بی‌دقتی در بیمار یا پرستار را مشخص نمایید. ب: اطلاعات پایه ثبت شده را اصلاح نمایید.
۲- اطلاعات پایه تغییرات در شرایط بیمار را منعکس نمی‌کند.	۲- خدمات کامل پرسنل پرستاری در ارزیابی، شناخت اولویتها و تعاملات با بیماران بسیار با اهمیت است بعلاوه ثبت اطلاعات جدید اخذ شده نیز حائز اهمیت است.
۳- اطلاعات پایه سطحی است: ● نارسایی در ارتباط مناسب با بیمار ● فقدان اطلاعات جزئی کافی و کامل در ارتباط با مشکلات مهم	۳- الف: مجدداً در مورد ارتباط عدم کفایت اطلاعات پایه و کیفیت مراقبت منتقدانه فکر کنید. ب: مهارتهای مصاحبه و معاینات فیزیکی را در خود توسعه دهید. ج: کلید و راهی راکه نیاز شما را در گردآوری اطلاعات اختصاصی در ارتباط با تشخیص‌های پزشکی و پرستاری برآورد می‌نماید را مشخص کرده واکنش متقابل بیمار را به رژیم درمانی ارزیابی نمایید (ممکن است استفاده از هندبوک تشخیصهای پرستاری سودمند باشد)
تشخیص:	
۱- حس عمومی که تشخیصهای پرستاری را مشخص می‌کند حس مشترکی است بنابراین نیازی نیست درنگارش و نوشتن از کلمه نارسایی در بیان مشکلات واقعی استفاده شود.	۱- بدقت اولویت تشخیصهای پرستاری را برای چندین بیمار توسعه و ثبت نموده و به طور کامل آنها را ارزشیابی نموده که این عامل می‌تواند سبب تفاوت در واژه کیفیت مراقبت پیوسته گردد.
۲- پرستاران از حواس عمومی در انجام اقدامات درمانی روزمره استفاده کرده و در روی کاغذ تشخیصهای پرستاری را توسعه می‌دهند بُعد استقلال پرستاری توسعه نیافته باقی می‌ماند.	۲- اعمال پرستاری را امتحان کنید و ببینید که آیا این اعمال، اعمال پرستاری مستقلی هستند، چه درصدی از این اعمال پرستاری روزانه به عنوان اعمال مستقل مطرح می‌گردد؟ چنانچه درصدی وجود ندارد و یا کم است ممکن است احساس نیازی برای توسعه مستقلانه اعمال و تشخیص‌های پرستاری وجود نداشته باشد و یا یک نومیدی در اصلاح اولویتها و اعمال پرستاری وجود دارد.
۳- ابهام در مفید بودن تشخیصهای پرستاری، انجام و مراقبت‌های روتین از بیمار	۳- الف: جملاتی راکه بیان کننده مشکلات بیمار هستند، اصلاح کنید و با دقت بیشتری این مشکلات را توصیف نموده و دربارهٔ عواملی که سلامت بیمار را به خطر می‌اندازند بیشتر بحث کنید (رفتارهایی که نیاز دارند تغییر یابند). ب: عواملی راکه سبب دقت بیشتر می‌شوند را در نظر گرفته و مشخص نمایید چه عواملی سبب توسعه مشکلات می‌گردد این عامل می‌تواند راهنمایی برای مداخلات پرستاری باشد. ج: استفاده از چک لیست انجمن بین‌المللی پرستاران و یا چک لیستهای استاندارد.
۴- جدید نبودن تشخیصهای پرستاری، عدم استفاده از طرحهای مراقبتی	۴- در فواصل معین برنامه‌های مراقبتی را مرور نموده و هنگامی که مشکلی حل می‌گردد تشخیص پرستاری مربوط به آن مشکل را پاک کرده و در صورت لزوم تشخیص جدید را جایگزین آن نمایید.
برنامه‌ریزی:	
۱- در واقع طرحهای مراقبتی شامل دانستنیهای استانداردی است که پرستاران از آن مطلع هستند اما بیشتر پرستاران این اطلاعات را در طرح مراقبتی نمی‌نویسند.	۱- از طرحهای استاندارد شده (کامپیوتری) به عنوان پایه‌ای برای برنامه‌ریزی مراقبتی استفاده نمایید. انرژی پرستاری را به تشخیص دادن این طرحها اختصاص دهید.
۲- اهداف بلند مدت مبهم می‌باشد اهداف ترخیص این بیمار واضح نیست.	۲- نحوه نگارش اهداف بلندمدت راکه برای تمام پرستاران واضح بوده و هدف آن ارایه مستقیم خدمات به بیماران می‌باشد تمرین نمایید (مثلاً راه رفتن بیمار با واکر هنگام مراجعه به منزل توجه به ترمیم زخم جراحی ناحیه مفصل هیپ راست، توانایی انجام فعالیتهای روزانه با حداقل کمک)
۳- حتی اگر به اهداف قابل انتظار پرستاری دست یابیم ضرورتاً تضمینی جهت حل مشکل بیمار نمی‌باشد.	۳- در هنگام نگارش اهداف بایستی توجه داشت که اهداف غالباً برای توسعه پی‌آمدهای وابسته به عوامل اتیولوژیک مفید و سودمند است به دلیل این که بیان اتیولوژی ممکن است ناقص یا بدون دقت باشد این امر بسیار ضروری است که در انتهای یکی از اهداف قابل انتظار نوشته شود چنانچه دستیابی به هدف میسر شد، مشکل در تشخیص پرستاری حل شده است.

ادامهٔ جدول ۲-۱۶. مشکلات معمولی که در مرحله ارزشیابی فرآیند پرستاری بایستی به آن توجه نمود

مشکلات	پاسخ‌های پرستاری
۴ـ اهداف قابل انتظار بطور اشتباه توسعه یابد: ارزشیابی پیشرفت به جهت دستیابی به اهداف مشکل خواهد بود.	۴ـ پس از این که اهداف قابل انتظار نوشته شد آنها را توسط معیارهای زیر کنترل کنید: ● موضوع بحث بیمار یا یکی از قسمتهای مربوط به بیمار است. ● رفتار بیمار با واژه‌های قابل اندازه گیری و قابل مشاهده بیان شده است. ● معیار قابل پذیرش بودن اجراء برنامه اختصاصی است. ● معیار زمان مشخص است و مورد توجه قرار گرفته است.
۵ـ دستورات پرستاری سطحی است. بیمار مراقبت‌های روتین دریافت می‌کند.	۵ـ توصیه‌های پرستاری را مرور کنید و مطمئن شوید که این توصیه‌ها شامل استراتژی‌های اختصاصی پرستاری جهت موفقیت بیشتر در دستیابی به اهداف قابل انتظار این بیماری می‌باشد (بطور مثال چنانچه بیمار مسکن دریافت می‌کند به مقیاسهای خاصی که سبب آسایش بیمار و افزایش موفقیت آن روش می‌گردند توجه نمایید). در تعیین «چه کسی، چه، چه موقع، کجا، چطور و چقدر» در اعمال پرستاری مطمئن باشید که انواع تجهیزات و امکانات مورد لزوم در انواع درمانهای متنوع نیز در لیست در نظر گرفته شده است. بر اساس اطلاعات جدید اخذ شده از بیمار توصیه‌های جدید پرستاری اجراء گردد. توصیه‌های نامناسب یا غیر ضروری را حذف نمایید.
۶ـ طرحهای اولیه مراقبتی جدید نیست. عدم مشاوره با پرستاران در تدوین برنامه مراقبتی، چنانچه این طرحها استفاده و اجراء گردند به ضرر و زیان بیمار خواهد بود.	۶ـ چنانچه پرسنل با جدید نبودن طرحهای مراقبتها مواجه شوند بایستی اعمال و فرآیندهایی را در واحد پرستاری توسعه دهند که سبب اطمینان از مرور و اصلاح طرحهای مراقبتی گردد.
۷ـ برنامه‌های مراقبتی به نیازهای فوری بیمار اشاره کرده اما نیازهای بیمار و زمان ترخیص را در نظر نگرفته است. بیمار با عدم توانایی در انجام فعالیتهای خودیابی به منزل بر می‌گردد.	۷ـ سخت کوشش کنید تا توانایی طرح پرستاری را در برطرف کردن نیازهای بیمار در منزل پس از ترخیص توسعه دهید یاد بگیرید که دلواپسی‌ها و مشکلات بیمار و خانواده وی را پس از ترخیص حدس بزنید و بیمار و خانواده وی را برای مقابله با آنها آماده نمایید. از تمامی منابع موجود اختصاص داده شده به ترخیص بیمار در مؤسسه درمانی استفاده نمایید. از بیمار بیاموزید که در ترخیص قبلی چه نیازهایی داشته است.
اجراء:	
۱ـ عدم آگاهی پرستاران از طرح مراقبتی و اولویتهای بیمار فقدان پیوستگی خدمات عدم کفایت در استفاده از منابع پرستاری نارسایی در دستیابی به برآیندهای مورد انتظار بیمار.	۱ـ الف: از گزارشهای جدید پرسنل شیفت در ارتباط با وضعیت اولویتها در تشخیص‌های پرستاری و مراقبت‌های پرستاری همراه آن استفاده نمایید. ب: طرحهای مراقبتی و یادداشتهای پرستاری را قبل از شروع مراقبت مرور نمایید.
۲ـ مراقبت‌های پرستاری روتین، مکانیزه و بدون انعطاف بیمار هرگز احساس نمی‌کند توسط پرستاران شناخته شده است.	۲ـ جهت ارتقاء کیفی مراقبت پرستاری در این واحد از استراتژیهای مبتکرانه استفاده نموده و در این جهت تلاش نمایید. از استراتژیهای آموزشی، حل مسئله و دیگر عوامل محرک که در اقدامات تیم پرستاری مؤثر است استفاده نمایید.
۳ـ عدم کفایت در ثبت و گزارش نویسی بدلیل این که گزارشهای مراقبت پرستاری کامل نوشته نمی‌شود و هرگز از دیدگاه قانون این مراقبتها مهیا نمی‌شود.	۳ـ الف: فلسفه ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پرستاری و ثبت گزارش علمی را مد نظر داشته و آن را توسعه دهید. قوانین مربوط به ثبت گزارش با دقت و صحیح را مرور نمایید. ب: با چارتهای حیاتی آشنا شوید و در فرمهای رسمی اعمال و اقدامات را ثبت نمایید. این امر سبب ثبت جامع، کامل و سریع اعمال پرستاری می‌گردد.
ارزشیابی:	
۱ـ عدم ارزشیابی مناسب، تسلط فرآیند پرستاری کاسته خواهد شد. دسترسی به اهداف پرستاری بشدت محدود خواهد شد.	۱ـ توسعه اعتقاد افزایش کیفیت مراقبت‌های پرستاری خودبخود اتفاق نمی‌افتد و فقط انجام ارزشیابی می‌تواند نیازهای لازم جهت اصلاح و تجدید نظر را مشخص نماید. درباره اجرای یکی از استراتژیهای ارزشیابی فکر کنید و سپس آن را اجرا نمایید تأثیرات این استراتژی را بر ارتقاء کیفیت بعد از ۶ ماه اجرا بررسی نمایید.

افزایش آمیختگی و ترکیب یک برآیند مورد انتظار پس از دستیابی به هدف اولیه امکان‌پذیر می‌باشد. برای مثال هدف اولیه برای بیماری با تشخیص اختلال در حرکت فیزیکی ممکن است در انتقال بیمار از بستر به صندلی باشد پس از دستیابی به این هدف نیاز به افزودن هدف دیگری بصورت ترکیب با هدف قبلی می‌باشد. مانند «بیمار با کمک واکر در اتاق قدم بزند».

ممکن است جملات ارزشیابی که بیان کننده آینده باشند نوشته شود مانند: اگر بیماری به برآیندهای مورد انتظار اختصاصی تعیین شده دسترسی پیدا نکند بایستی حداقل در ۲ برنامه فعالیت اجتماعی در هر هفته از تاریخ ۲۰۰۶/۹/۱۶ الی ۲۰۰۶/۹/۲۷ شرکت کند. امکان اصلاح هر برنامه مراقبتی به شکل زیر وجود دارد:

- تشخیص‌های پرستاری را پاک کرده و یا تعدیل نمایید جملاتی را که به تشخیص‌های پرستاری اشاره می‌نمایند را مورد ارزشیابی قرار داده و این تشخیص‌ها را معتبر نمایید.
- جملاتی که بیان کننده برآیندهای مورد انتظار است بیشتر واقع‌گرایانه باشد. بدقت نیازها را تعیین نموده و توانایی را که در دستیابی به اهداف ما را یاری می‌نمایند مشخص نمایید.
- در جملات بیان کننده برآیندهای مورد انتظار معیار زمان را مشخص نمایید. بعد از ۳ هفته ارزشیابی کنید. ممکن است جهت اقامت بیشتر در مؤسسه بهداشتی و تشویق وی به اقامت بیشتر نیاز مبرمی وجود داشته باشد.
- تغییر در مداخلات پرستاری تلاش ویژه‌ای نمایید تا با علایق پایدار بیمار آشنا شوید و سعی نمایید این علایق را با برنامه‌ها و فعالیتهای در دسترس منطبق کنید.

پرستار در ارتباط شغلی که با بیمار دارد تصمیم می‌گیرد که چگونه با وی ارتباط برقرار نماید و به مشکلات وی پاسخ متقابل نشان دهد.

فکر کنید به گذشته به میوشی اتسوکی خانم پیری که در ارتباط با دریافت بیش از حد دیورتیک صحبت می‌کرد. پرستاری که در منزل از وی مراقبت می‌کرد یک برنامه آموزشی را دربارهٔ نارسایی قبلی وی خصوصاً در ارتباط با رژیم دارو درمانی وی توسعه می‌دهد. این برنامه سپس در پرونده بیمار ثبت می‌شود و با هر فردی که در مراقبت از بیمار درگیر است ارتباط برقرار می‌کند مانند پرستاران مؤسسات بهداشتی دیگر که مراقبت را در منزل ارایه می‌دهند و با یک تلفن به ملاقات وی می‌آیند و به بیمار در منزل در انجام مراقبت بهداشتی و سلامتی کمک می‌نمایند.

ارزشیابی کردن کیفیت مراقبت پرستاری

علاوه بر ارزشیابی هر پرستار از دستیابی به اهداف قابل انتظار بیمار و اصلاح بعدی طرح مراقبتی بیشتر مکانیسم‌های رسمی و غیر رسمی نیز جهت اطمینان از کیفیت مراقبت پرستاری مورد استفاده قرار می‌گیرد.

بهبود عملکرد در انجام اعمال روزانه بالینی

پوشاندن مشکلات بیمار در زمان ارایه خدمات پرستاری کار تازه‌ای برای پرستاران نیست. کمیته طبی کیفیت مراقبتی بهداشتی در آمریکا (کومن، کوریگان و دونالدسون ۲۰۰۳). قانون جدید را در طراحی جدید و بهبود مراقبت پیشنهاد می‌نماید:

۱ـ مراقبت بر اساس حفظ پویای سلامتی
۲ـ تغییر دادن مراقبت بر اساس نیازها و ارزشهای بیمار
۳ـ بیمار به عنوان منبع کنترل
۴ـ تقسیم دانش و اخذ اطلاعات جاری جدید
۵ـ تصمیم‌گیری براساس شهود
۶ـ ایمنی به عنوان یک سیستم برتر
۷ـ نیاز برای شفاف‌سازی
۸ـ پیش بینی نیازها
۹ـ ادامه کاهش در مواد زاید
۱۰ـ هماهنگی و تشریک مساعی بین متخصصین امور بالینی

هر پرستار بایستی تصمیم بگیرد که چطور در هنگام ارایه خدمات بالینی با بیمار سازش و توافق نماید. پرستاران نسبت به سلامتی بیماران، کیفیت مراقبت، کاهش هزینه‌ها و رضایت شخصی پرسنل و بیماران متعهد می‌باشند.

چهار مرحلهٔ زیر در بهبودی عملکرد تأثیر بسزایی دارد (هاسی و میلر ۱۹۹۹).

- کشف مشکل
- طراحی یک استراتژی مناسب
- ایجاد تغییرات ضروری
- ارزیابی تغییر: چنانچه دستیابی به برآیندهای مورد انتظار تعیین شده امکان‌پذیر نشد، طراحی یک برنامه جدید.

به کادر ۴ـ۱۶ توجه نمایید: مراحل اصلاح عملکرد توسط مثالی از کاربرد استراتژی مناسب مطرح شده است.

با دقت ارزشیابی یک پرسنل عضو سازمان را از فرد همتای خود مرور نمایید. این یک مکانیسم مهم و با ارزش است که پرستاران می‌توانند در بهبودی عملکرد حرفه‌ای خود از آن استفاده نمایند. این کار می‌تواند بصورت رسمی و غیر رسمی توسط دعوت از افرادی که مورد احترام شما هستند انجام شود و شما با کسب

کادر ۴_۱۶. مراحل اصلاح عملکرد

چهار مرحله زیر بطور قطع سبب اصلاح عملکرد می‌گردد.

● کشف مشکل

پیشرفت و ترقی صریح ابزاری قدرتمند و قانونی برای نشان دادن مراقبتی عالی به بیمارانی است که در پایان زندگی خود قرار دارند. پرستارانی که در بخش انکولوژی خدمت می‌کنند به دلیل این که در بیشتر بیماران این بخش ارتقاء خدمات جلوه نمی‌کند دچار احساس منفی و خنثی می‌گردند در این بخش در زمان خاصی نیاز است تصمیم گرفته شود تا بیماری احیا شود زیر دستگاه تنفس مصنوعی قرار گیرد و یا دیالیز گردد که در چنین شرایطی قالب بیماران توانایی برقراری ارتباط طولانی مناسب را ندارند. بیمارستان خط مشی خاصی را در جهت ارتقاء و ترفیع خدمات دارد اما بنظر می‌رسد هیچکس مسئولیت شروع این بحث را در زمان اولین پذیرش بیمار به عهده نمی‌گیرد.

● طرح‌ریزی یک استراتژی در جهت استفاده از شاخص‌های مؤثر

پرستار فردی است که در تعاملات بین انکولوژیست، مددکاران اجتماعی و روحانیون انضباط و هماهنگی درون گروهی ایجاد می‌نماید فردی که از زمان پذیرش کار مسئولانه با بیمار را تحت نظر دارد. هر کس که در اداره کردن بیمار نقش دارد برای ثبت وقایع ۴۸ ساعت پس از پذیرش بیمار مسئولیت دارد. پرسنل پرستاری می‌توانند مستقیماً از بیمار و اقوام وی بخواهند تا برنامه‌ریزی فرد مسئول اداره کننده بیمار و دیگر اعضاء تیم را جلو ببرد و در دستیابی به اهداف به آنها کمک نماید.

● ایجاد یک تغییر

مدیر و مسئول اداره بیمار مسئولیت ایجاد این تغییر را بعهده می‌گیرد و یک پرستار داوطلبانه در زمانی حدود ۳ ماه پیشرفت لازم را بوسیله ثبت و توسعه محتوی بوسیله گفتگو کردن با پرسنل پرستاری کنترل نموده و از آنها می‌خواهد تا دربارهٔ عدم موفقیت و تصمیمات مقدماتی اخیر اظهار نظر نمایند.

● ارزیابی تغییر

چنانچه دسترسی به اهداف میسر نشد یک استراتژی جدید طرح نمایید. در انتهای ۶ ماه، هر شخصی که با طرح جدید کار کند احساس رضایت می‌نماید اما تصمیم به ارزشیابی و پیگیری وضعیت بیمار سبب پیشگیری از تغییرات و تبدیل برنامه به شکلی غیر قابل انتظار می‌گردد.

بازخورد لازم می‌توانید مهارتهای پرستاری خود را در مراقبت توسعه دهید. بطور مثال: شما راجع به داشتن جلسه‌ای با دختر بیمارتان چه طور فکر می‌کنید؟ او در یک موقعیت بحرانی قرار گرفته و من سعی می‌نمایم با درک نقطه نظرهای وی موقعیت او را بهتر درک و واکنش مقتضی و مناسبی را نشان دهم.

برنامه‌های ارزشیابی

علاوه بر ارزشیابی هر پرستار از میزان دستیابی به اهداف قابل انتظار بیمار و اصلاح بعدی طرح مراقبتی، بیشتر مکانیسم‌های رسمی نیز جهت اطمینان از کیفیت مراقبت پرستاری مورد استفاده قرار می‌گیرد. در ایالات متحده آمریکا مؤسسات نظارت کننده و تنظیم کننده خدمات مانند کمیته ایالتی پرستاری به سازمان رسمی بین‌المللی مراقبتی بهداشتی، سازمان نظارت استانداردهای حرفه‌ای و سازمان ملی توسعه برنامه‌ریزی و اجرای سال ۱۹۷۵ پیوسته که نیازهای پرستاران را در ثبت و اجرای مراقبت‌های پرستاری استاندارد برطرف می‌نماید هر کدام از این مؤسسات در ارتباط با کنترل کیفیت و کمیت مراقبتها فعالیت دارند. کاهش منابع موجود در دسترس برای درمان بیماران در بیمارستانها و عدم دسترسی به درمانهای متنوع کافی، تلاشهای زیاد و مستمر حرفه پرستاری را جهت اجتناب از به مخاطره افتادن کیفیت مراقبت طلب می‌کند. سازمانهای حرفه‌ای متعددی در این راستا تلاش و فعالیت می‌نمایند (به منابع موجود فصل توجه نمایید) (کادر ۵_۱۶ و ۶_۱۶).

اطمینان کیفیت

برنامه‌های مخصوص طراحی شده‌ای که سبب ترفیع مزایا و برتری حرفه پرستاری می‌گردد برنامه‌های اطمینان کیفیت نامیده می‌شود. این دسته از برنامه‌های کوچک به پرستاران بخشهای کوچک جهت تکامل خدمات آنها منتقل می‌شود و این امر سبب یکپارچه شدن مؤسسات در ایالت، استان یا کشور می‌شود.

برنامه‌های اطمینان کیفیت، پرستار را قادر می‌سازد در مقابل کیفیت پرستاری ارایه شده در اجتماع مسئول و پاسخگو باشد. چنین برنامه‌هایی همچنین پاسخ متقابلی به خواست مردم و مسئولیت حرفه‌ای پرستار در اجتماع می‌باشد. آنها سبب حتمی شدن بقاء حرفه‌ای، تشویق، تعهد پرستاری به ایفاء مسئولیت‌های معنوی و اخلاقی و کمک به پرستاری در تطابق با فشارهای خارجی دیگر می‌باشد.

دو دیدگاه متفاوت در مورد تأمین کیفیت وجود دارد. دستیابی به کیفیت بوسیله تمرکز بر ارزیابی و نظارت جهت پی بردن به نقص کارکنان و عزل آنها. پرستاران و دیگر کارکنان در این روش ممکن است از ارتکاب اشتباه یا خطا ترسیده و به ناحق مشکل را مخفی نمایند. هرگز چنین رفتاری پذیرفتنی نبوده و این رفتار ممکن است به مضرات و خطرات بسیار جدی برای بیمار منجر گردد. کیفیت به عنوان فرصت مطرح شده جهت ارتقاء سلامتی در نظر گرفته می‌شود. به عبارت دیگر تمرکز بر روی یافتن فرصتهای مناسب برای بهبودی و مساعد کردن محیط برای ارتقاء کار تیمی و فراگیری مهارتها و دانش ضروری سهم مهمی در ارتقاء سلامتی جامعه دارد.

کادر ۵ـ۱۶. پیشگامان ملی کیفیت

سازمان	پیشقدم	توصیف
سازمان اعتبار دهنده مراقبت بهداشتی. تنظیم اعتبار (خصوصی) <http:/www.jcaho.org/pms/index.htm	اوریکس	استفاده پیوسته از برآیندهای مورد انتظار و اجرای مقیاسها برای اعتبار بخشیدن به فرآیند نیاز به بیمارستانهای معتبر و مؤسساتی که مراقبت‌های طولانی‌مدت را ارایه می‌دهند ۲ مقیاس کلینیکی است که حداقل برای ۴۰٪ از جمعیت بیماران مشخص شده است. تعدادی از مقیاسها و درصد جمعیت بیماران نیز هر سال در حال افزایش است.
کمیته ملی برای اطمینان کیفیت. اعتماد به بدن خود برای مراقبت <http://www.ncqa.org>	مجموعه اطلاعات کارمندان و برنامه‌های بهداشتی و تدوین اطلاعات	اهداف این مجموعه اطلاعاتی شامل تأثیر مراقبت، پذیرش و در دسترس بودن مراقبت، استفاده از خدمات، هزینه‌ها و اطلاعات توصیفی، برنامه بهداشتی و گزارش وسعت کیفیت می‌باشد.
انجمن پرستاری آمریکا (اختیاری) <http://www org/readroom/fssafety.htm	کارت گزارش پرستاری برای سرویسهای مراقبتی حاد.	نماینده و شاخص ابزارها برای ارزشیابی کیفیت مراقبت پرستاری در سرویسهای مراقبتی حاد. برآیندهای مورد انتظار، فرآیند و ساختار ۳ دسته از شاخص‌ها هستند. شاخص برآیند مورد انتظار شامل میزان عفونتهای بیمارستانی میزان صدمات بیماران و رضایت بیماران از مراقبت پرستاری، کنترل درد، اطلاعات آموزشی و مراقبت در مدت بستری بودن در بیمارستان می‌باشد.
مرکز طب و خدمات پزشکی http://www.cms.hhs.gov/oasis/defoult.asp	(OASIS) (ارزیابی برآیندهای مورد انتظار و مجموعه‌اطلاعاتی)	تهیه و تنظیم سؤالات ارزیابی جهت گردآوری اطلاعات بالینی، مالی و اداری در مؤسسات ارایه دهنده خدمات بهداشتی در منزل. هدف از ارزیابی اطلاعات: بهبودی کیفیت ارایه خدمات مراقبتی به بیماران نیازمند خدمات بهداشتی در منزل و تهیه اطلاعات برای اداره مالی مراقبت بهداشتی می‌باشد.
پایه و بنیان مسئولیت، محاسبات اختیاری، ارادی http://www.facct.org		هدف اصلاح اطلاعات در دسترس برای مددجویان در هنگام انتخاب: برنامه بهداشتی مهیاکنندگان خدمات، بیمارستان و درمان طراحی پیامدها براساس اجرای شاخص‌ها برای تعدادی از وضعیت‌های بالینی خاص مانند: سرطان پستان، دیابت و بیماریهای افسردگی با اهمیت و ایجاد رضایت از برنامه‌های بهداشتی

کادر ۶ـ۱۶. منابع اینترنتی انتخاب شده برای بیماران و اقوام آنها

سازمان تعیین‌کننده	ادرس اینترنتی	اطلاعات در دسترس
خط مشی مراقبت از سلامتی و تحقیق	http://www.ahcpr.gov	سایت مخصوص شامل اطلاعات سلامتی برای کاربران
	http://www.ahcpr.gov/consumer	راهبر برای گرفتن اطلاعات سلامتی با لینکهای مختلف برای جستجوگران شامل راهبردهای عملی کلینیکی در سایت
	http://www.ahcpr.gov/consumer/hlthpln1.htm	راهنمایی‌های ضروری برای انتخاب و استفاده از برنامه‌های سلامتی برای کاربران
	http://www.ahcpr.gov/consumer /qualguid.pdf	راهنمای شما جهت انتخاب مراقبت‌های سلامتی با کیفیت منبعی جامع برای انتخاب برنامه‌های سلامتی، پزشکان، درمانها، بیمارستانها و مراکز مراقبتی گسترده و طولانی‌مدت (فایل PDF)
	http://www.ahcpr.gov/consumer/quick.htm	«کنترل سریع کیفیت» راهنمایی کوتاه جهت تعیین کیفیت در مراقبت سلامتی
منبعی برای مسئولیت	http://www facct.org	منبعی برای کمک به درک عمومی از کیفیت مراقبت سلامتی و تصمیم‌گیری در ارتباط با مراقبت
	http://www.facct.org/facct/site/facct /measures	مهیا کننده مقیاسهای کیفی جهت انتخاب شرایط بالینی مانند: آسم، سرطان پستان، دیابت و افسردگی
سازمان تعیین‌کننده‌اعتبار مراقبت‌های سلامتی‌مؤسسات بهداشتی	http://www.jcaho.org	دارای لیستهای عمومی شامل اطلاعات دربارهٔ گزارش شکایت از سازمانهای ارایه‌دهنده خدمات سلامتی، انتخاب مراقبت‌های سلامتی و مقیاسهای عملی جهت این کار.
	http://www.jcaho.org/qualitycheck /directry/directry.asp	چک لیست کنترل کیفیت. کاربر می‌تواند اطلاعاتی را در ارتباط با سازمانهای اعتبار دهنده و میزان اعتبار مؤسسات و حقوق افراد به دست آورد مانند: حقوق بیمار، کنترل عفونت و غیره...
کمیته ملی برای اطمینان از کیفیت	http://www.ncqa.org/programs/qsg /reportcards.htm	صفحه‌ای تعیین شده توسط کمیته ملی اطمینان کیفیت برای کاربران، که اطلاعاتی را در این رابطه و آخرین تحقیقات و وضعیت موجود و گزارشهای خلاصه از اعتبار طرحهای سلامتی در اختیار کاربر قرار می‌دهد.

http://www.ncqa.org/pages/communications/publications/

این دید که تنها عامل اشتباهات فقدان انگیزه یا فقدان تلاش کارکنان است صحت ندارد بلکه می‌تواند نتیجه‌ای از یک مشکل در سیستم باشد. انجام چنین کاری در محیط سبب پاسخ متقابل پرستاران با گشاده رویی و تمایل به فراگیری نکات جدید داشته زیرا ارزش به خود و تمامیت آنها تهدید نمی‌گردد.

هدف ما بایستی کار در محیط به شکلی باشد که سنجش کیفیت ما را تشویق به بیشترین تلاش نماید. در سال ۱۹۷۵ انجمن پرستاران آمریکا یک مدل برنامه اطمینان ـ کیفیت را که شامل ۷ مرحله بود توسعه داد:

(۱) تعیین ارزشها
(۲) تعیین ساختار، فرآیند و استانداردها و معیارهای قابل انتظار
(۳) سنجش میزان دستیابی به معیارها و استانداردها
(۴) تفسیر نقاط قوت و ضعف بر اساس شاخص‌های مشخص
(۵) تعیین اعمال مناسب
(۶) انتخاب اعمال مقتضی
(۷) انجام عمل

انجمن پرستاران آمریکا امیدوار است که از مدل مذکور جهت توسعه و اجرای برنامه‌های اطمینان کیفیت در مؤسسات استفاده گردد.

مدل انجمن پرستاری آمریکا مستقیماً به ۳ جزء اساسی و ضروری کیفیت مراقبت توجه می‌نماید: ساختار، فرآیند و برآیندهای مورد انتظار. مدلهای دیگر برنامه‌های اطمینان ـ کیفیت ممکن است تنها بر یک جزء از این اجزاء و یا بر مخلوطی از اجزاء تمرکز نماید.

ساختار

ساختار ارزشیابی یا نظارت بر روی محیطی که مراقبت را مهیا می‌نماید متمرکز می‌شود. استانداردها تجهیزات و تسهیلات فیزیکی، صفات اختصاصی سازمانی، خط مشی و پروسیجرها، منابع مالی و منابع پرستاری را توصیف می‌نمایند.

فرآیند

تمرکز فرآیند ارزشیابی بر روی ماهیت و آگاهی از فعالیتهای انجام شده توسط پرستاران تحت عنوان اجرای فرآیند پرستاری می‌باشد. معیار سطح پذیرش اجرای اعمال پرستاری را به شکلی واضح مشخص نموده که این اعمال به ارزیابی بیمار، تشخیص، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی وابستگی دارد.

برآیندهای مورد انتظار

ارزشیابی برآیندهای مورد انتظار بر روی تغییرات قابل اندازه‌گیری

راهنمای مناسب برای کاربران جهت انتخاب برنامه سلامتی

در وضعیت سلامت بیمار یا قطعی‌ترین نتایج مراقبت‌های پرستاری تمرکز دارد. به هر حال محیط مناسب و شایسته برای مراقبت و ارایه خدمات پرستاری صحیح جنبه‌های با اهمیتی از کیفیت مراقبت بوده و نقش این عوامل ویژه در ارزشیابی تغییرات وضعیت سلامت بیمار به اثبات رسیده است.

از اطمینان به کیفیت تا اصلاح کیفیت

دلواپسی و نگرانی دربارهٔ هزینه‌های پیچ در پیچ مراقبتی بهداشتی علاوه بر موفقیت مدلهای صنعتی برای اصلاح کیفیت به تعهدی قوی برای اصلاح کیفیت در سال ۱۹۹۰ نیز منجر گردید. اصلاح کیفیت (همچنین تحت عنوان اصلاح کیفیت مداوم یا مدیریت کامل کیفیت نیز شناخته شده است) تعهد و دیدگاه اصلاح فرآیند عملکرد هر قسمت از سازمانی بطور مداوم بوده و تلاش زیادی در جهت دستیابی به اهداف حتی بیش از انتظار مددجو صورت می‌گیرد (شرودر، ۱۹۹۴).

اصولاً بین اطمینان کیفیت و اصلاح کیفیت تفاوت وجود دارد. تمرکز بر روی فرآیندها نسبت به تک تک افراد ارجحیت دارد و اصلاح کیفیت نقطهٔ پایانی ندارد. هدف بهبود کیفیت نسبت به اطمینان کیفیت ارجحیت دارد.

مهمترین مقدمات اصلاح کیفیت به قرار زیر است:

- تمرکز بر روی خدمات سازمانی
- تداوم اصلاح
- آگاهی مددجویان
- تعهد مدیریت
- وکالت
- همکاری، عبور از مرز (حدود همکاری)
- تمرکز بر روی فرآیند
- تمرکز بر روی اطلاعات و داشتن تفکری آماری

از دید بیمار یکی از مهمترین برآیندهای مورد انتظار اصلاح کیفیت تشخیص میزان رضایتمندی بیمار به عنوان فردی استفاده کننده از جزء به جزء خدمات می‌باشد.

با افزایش روز افزون رقابت بین تیم‌های مراقبتی بهداشتی جهت کسب دلار مهیاکنندگان خدمات آموخته‌اند که نحوه ارایه خدمات با توجه به ارزشهای بیمار و پیشنهاد ارایه خدمات به نحوی که این ارزشها حفظ گردد بسیار با اهمیت است.

با تأکید مجدد بر ماهیت ویژه پرستاری شخص پرستار در مقابل وظایف محوری پرستاری و اصلاح کیفیت دقیق و محاسبه شده نیاز به موفقیت در کسب مهارتهای ترکیبی در حیطه‌های

دانش، تکنیک، روابط بین پرسنل و مهارتهای اخلاقی ـ قانونی دارد.

نظارت بر پرستاری

نظارت پرستاری یک روش ارزشیابی مراقبت پرستاری است که توسط مرور گزارشات بیمار جهت ارزیابی برآیندهای مورد انتظار مراقبتی انجام می‌شود همچنین نظارت فرآیندی است که بوسیله آن مشخص می‌گردد دستیابی به کدامیک از برآیندهای مورد انتظار میسر گردیده است. موفقیت نظارت پرستاری به دقت لازم در تهیه گزارش و ثبت پرستاری بستگی دارد.

موازی (جاری) در مقابل گذشته‌نگر

مراقبت پرستاری و برآیندهای مورد انتظار بیمار ممکن است در هنگام دریافت مراقبت توسط بیمار ارزشیابی می‌گردد (ارزشیابی موازی) یا ارزشیابی پس از ترخیص بیمار صورت می‌گیرد (ارزشیابی گذشته‌نگر). ارزشیابی موازی با استفاده از مشاهده مستقیم مراقبت پرستاری، مصاحبه با بیمار و مرور چارتها جهت تعیین چگونگی دستیابی به معیارهای ویژه ارزشیابی استفاده می‌شود. ارزشیابی گذشته‌نگر ممکن است از پرسشنامه‌های پس از ترخیص، مصاحبه با بیمار (بوسیله تلفن یا چهره به چهره) یا مرور چارتها (نظارت پرستاری) جهت گردآوری اطلاعات استفاده نماید.

خلاصه

توسعه ارزشیابی به عنوان یک جزء ویژه از فرآیند پرستاری برای موفقیت مداوم پرستاری در دستیابی به تغییرات مثبت در وضعیت سلامتی بیمار الزامی است.

نیکلاس سوروس بیماری را که در تمرینات متفکرانه به عنوان تمرین مطرح شده بود را به خاطر بیاورید. پرستار نسبت به آموزش و پیگیری دغدغه‌ها و نیازهای بیمار متعهد بود فقط در صورتی موفقیت امکان‌پذیر بود که پرستار با بیمار کار کند و نیازهای واقعی وی را مشخص نماید و برنامه‌ها را تعدیل کند و مشخص نماید آیا نیازهای تعیین شده با ارزش‌های سلامتی بیمار منطبق است.

تنها تعهد محکم پرستار به ارزشیابی وی را قادر می‌سازد تا به سؤالات زیر پاسخ دهد:

- برآیندهای مورد انتظار چیست؟
- ارزشهای پرستاری چیست؟
- چطور می‌توان این ارزشها را در استانداردها و معیارهای ارزشیابی بطور رسمی قرار داد؟
- چه اطلاعاتی جهت تعیین چگونگی دستیابی به معیارهای اختصاصی ارزشیابی وجود دارد؟
- انجام چه دسته اعمالی ما را به سمت دستیابی به یافته‌های جدید هدایت می‌نماید؟

اعمال پرستاری به دور از منابع با ارزش بطور تصادفی اجرا می‌شوند. ارزشیابی که با دقت برنامه‌ریزی و اجرا گردد می‌تواند به طور مستقیم سبب انجام اعمالی کاملاً سودمند برای بیمار شود این هدف و تلاش اصلی ارزشیابی پرستاری است.

معیارهایی که ممکن است در تعیین کفایت مرحله ارزشیابی فرآیند پرستاری مفید باشد شامل موارد زیر است:

- ارزشیابی دستیابی به برآیندهای مورد انتظار بیمار بر اساس خواست و تمایلات وی
- مرور چگونگی استفاده از فرآیند و اصلاح برنامه مراقبتی در صورت لزوم
- شرکت در برنامه‌های اطمینان کیفیت

▪ توسعه مهارتهای تفکر انتقادی

۱ـ با پنج دانشجو که اهداف شخصی شایسته‌ای دارند مصاحبه کنید. از آنها بخواهید عوامل مشخصی را که در دستیابی به برآیندهای مورد انتظار یا ممانعت از دستیابی به آنها مؤثر است را توصیف نمایند. نکات مشترک و اختلاف را یادداشت کنید. بر روی این که چطور می‌توانید بیمار را تحریک نمایید تا از توانایی‌های شخصی خویش برای دستیابی موفقیت‌آمیزتر به اهداف مورد انتظار استفاده نماید با یکدیگر بحث نمایید.

۲ـ با چندین بیمار مصاحبه کنید و از آنها بخواهید به شما بگویند چگونه اعمالی در یک پرستار به عنوان تلاش وی برای دستیابی به اهداف سلامتی بیشتر مفید است. به طور مشابه سؤال کنید چه اعمال و معیارهای پرستاری بیشتر مشکل‌ساز است. روی این موضوع تأمل کنید شما در مقیاس سنجش به عنوان یک پرستار، پرستاری دارای خصیصه‌های کیفی مثبت هستید یا پرستاری با خصایص منفی.

۳ـ با سه نفر پرستار با تجربه یا تعداد بیشتری پرستار که در یک محیط بالینی مشابه مشغول کار هستند مصاحبه نمایید. از آنها بپرسید چه مجموعه‌ای از متغیرها (مثل فلسفهٔ مراقبت، تعداد پرستار به بیمار، ترکیبی از پرسنل حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای، مدیریت پرستاری، منابع کافی) بیشتر بر روی توانایی شما برای ارایه خدمات پرستاری با کیفیت بالا مؤثر است.

متغیرهایی را که شما می‌خواهید در هنگام مصاحبه برای یک کار جستجو نمایید مشخص کنید.

■ **تمرین برای NCLEX**

۱ـ جین دانشجوی کالج می‌خواهد ۲۰ پوند کاهش وزن داشته باشد. او با یک دانشجوی پرستاری بهداشت جامعه ملاقات داشته و یک برنامه افزایش فعالیت و کاهش تغذیه غلط و حذف کالری اضافی را توسعه داده است. برنامه‌های پرستار با میزان کاهش وزن ماهیانه ارزشیابی می‌شود. هنگامی که جین برای اولین مرتبه خودش را وزن کرد پرستار متوجه شد که جین به جای این که ۵ پوند کاهش وزن داشته باشد تنها ۱ پوند کاهش وزن داشته، کدامیک از پاسخ‌های متقابل پرستاری بهترین پاسخ است؟

الف) به جین تبریک گفته و برنامه مراقبتی را ادامه دهد.

ب) برنامه مراقبتی را به علت عدم عملکرد مناسب خاتمه دهد.

ج) به جین جهت رسیدن به برآیندهای مورد انتظار و هدف وقت بیشتری دهد.

د) بعد از بحث بر روی دلایل احتمالی که تأثیر بر موفقیت جین دارد برنامه مراقبتی را تعدیل نماید.

۲ـ تمامی جملات گزینه‌های زیر جزء ارزشیابی محسوب می‌شوند. کدامیک از این گزینه‌ها در اولویت بیشتری قرار دارند؟

(۱) تفسیر و خلاصه کردن یافته‌ها

(۲) گردآوری اطلاعات جهت تعیین معیارها و استانداردهای ارزشیابی قابل دستیابی

(۳) ثبت قضاوت شما

(۴) خاتمه، ادامه یا تعدیل برنامه

(۵) تعیین معیارها و استانداردهای ارزشیابی (شما در هنگام ارزشیابی بدنبال چه چیزی هستید، یا برآیندهای مورد انتظار بیمار چیست؟)

الف) (۱)، (۲)، (۳)، (۴)، (۵)　　ب) (۳)، (۲)، (۱)، (۴)، (۵)

ج) (۵)، (۲)، (۱)، (۳)، (۴)　　د) (۲)، (۳)، (۱)، (۴)، (۵)

۳ـ هنگامی که یک پرستار جدید با بخش تحت حاد آشنا می‌شود، او می‌گوید که از هر پرستار در این بخش انتظار می‌رود بیمارانش را در هر ساعت مشاهده و بررسی نماید چنانچه شرایط ایجاب کند بیمار تحت کنترل ویژه‌ای قرار گیرد. این انتظار معادل واژهٔ:

الف) استاندارد　　ب) معیار

ج) مرسوم　　د) دستور

۴ـ جین دانشجوی کالج را که می‌خواست ۲۰ پوند کاهش وزن داشته باشد را به خاطر آورید؟ هنگامی که پرستار وی را وزن می‌کرد در بین ۵ مرحلهٔ فرآیند پرستاری وی کدام مرحله را انجام می‌داد؟

الف) گردآوری اطلاعات ارزیابی جهت تعیین مشکل سلامتی مددجو

ب) گردآوری اطلاعات ارزیابی جهت تعیین نقاط قوت بیمار

ج) گردآوری اطلاعات ارزیابی جهت خاتمهٔ طرح مراقبتی

د) گردآوری اطلاعات ارزیابی جهت سنجش میزان دستیابی به برآیندهای مورد انتظار تعیین شده

۵ـ یکی از برآیندهای مورد انتظار جین و پرستار این برنامه بود که جین به اندازهٔ کافی «برای سلامتی بدن خودش اهمیت و ارزش قائل شود تا سعی نماید رفتار جدید را به کار بندد» این برآیند مورد انتظار به بهترین شکل در کدامیک از موارد زیر توصیف می‌شود؟

الف) شناختی　　ب) روانی حرکتی

ج) عاطفی　　د) تغییرات فیزیکی

۶ـ از دیگر برآیندهای مورد انتظار جین و پرستار این برنامه بود که جین «بتواند ارتباط بین کاهش وزن، افزایش تمرینات بدنی و کاهش کالری دریافتی را توضیح دهد» این برآیند مورد انتظار به بهترین شکل در کدامیک از موارد زیر توصیف می‌شود؟

الف) شناختی　　ب) روانی حرکتی

ج) عاطفی　　د) تغییرات فیزیکی

۷ـ کدامیک از مثالهای زیر جمله‌ای صحیح در ارتباط با ارزشیابی است؟

الف) «عدم دستیابی به برآیند مورد انتظار

ب) ۲۰۰۶/۱/۲۱ ـ بیمار گزارش می‌کند که هیچ تغییری در استفاده از تنباکو نداشته است.

ج) «عدم دستیابی به برآیند مورد انتظار». بیمار گزارش می‌کند که هیچ تغییری در استفاده از تنباکو نداشته است.

د) ۲۰۰۶/۱/۲۱ ـ «عدم دستیابی به برآیند مورد انتظار» بیمار گزارش می‌کند که هیچ تغییری در استفاده از تنباکو نداشته است.

۸ـ یک برنامه اطمینان کیفیت مشخص کردن افتادن و یا دیگر مشکلات ایمنی در بخشهای ویژه است. یک پرستار مسئول بیان می‌کند «بهترین یافته‌ها نشان می‌دهد که قبول مسئولیت توسط خویشاوندان برای پیشگیری از این خطا بسیار موثر است و چنانچه ما نتوانستیم بیمار را کنترل کنیم، جایگزین مناسبی است» این مثالی است از:

الف) کیفیت بوسیله مشاهده‌مستقیم ب) کیفیت بوسیله تنبیه
ج) کیفیت بوسیله نظارت د) کیفیت بوسیله فرصت

۹ـ مروری بر گزارش پرستاری یکی از بخشهای پرستاری حاکی از وضعیت ایمنی عالی و نظارتی شایسته است و پرستار مسئول بیان می‌نماید: «عملکرد ما خوب است اما ما می‌توانیم بهتر باشیم. آیا کسی ایدهٔ مناسبی برای عملکرد بهتر و جهت تشویق بیماران برای خوب بودن و همین طور احساس رضایت بیشتر آنها دارد؟» این مثالی است از ارزشهای مدیریت جهت دستیابی به:

الف) کیفیت اطمینان ب) بهبودی در کیفیت
ج) فرآیند ارزشیابی د) ارزشیابی برآیند مورد انتظار

پاسخنامه با دلایل

۱ـ پاسخ صحیح گزینه «د» است. جین تنها به بخشی از برآیندهای مورد انتظارش دست یافته است، پرستار بایستی ابتدا مشکل جین را در رسیدن به هدف تعیین شده مشخص نماید و سپس برنامه مراقبتی را تعدیل نماید. برنامه فعلی برای ادامه کار مفید نمی‌باشد (الف)، و برای خاتمه برنامه زمان مناسبی نبوده و هنوز زود است (ب)، جین ممکن است جهت دستیابی به اهداف زمان بیشتری را نیاز داشته باشد بنا بر این گزینه (ج) پاسخ اشتباهی است.

۲ـ پاسخ صحیح گزینه «ج» است.

۳ـ پاسخ صحیح گزینه «الف» است. میزان عملکرد منطبق با انتظارات است که به وسیله تیم پرستاری و دیگر اعضای تیم سلامت انجام شده است. معیار (ب) کیفیتی قابل سنجش یا خصایصی است که مهارتهای خاص، دانش یا سلامتی را بیان می‌کند. رسوم (ج) گاهی اوقات استانداردها را تثبیت می‌کند. دستورات (د) جهت دستیابی به نیازهای خاص بیمار نوشته می‌شود.

۴ـ پاسخ صحیح گزینه «د» است. گردآوری اطلاعات ارزشیابی جهت سنجش میزان دستیابی به برآیندهای مورد انتظار است. در حالی که این ممکن است توجیه کننده برنامه مراقبتی باشد (ج)، که ضروری نیست. اطلاعات ارزیابی (الف و ج) طی مدت اولین مرحلهٔ فرآیند پرستاری گردآوری می‌شود.

۵ـ پاسخ صحیح گزینه «ج» است. برآیندهای مورد انتظار حیطهٔ عاطفی به تغییرات در ارزشها، اعتقادات و نگرشهای بیمار می‌باشد. برآیندهای مورد انتظار حیطه شناختی (الف) در ارتباط با افزایش دانش است، برآیندهای مورد انتظار حیطه روانی حرکتی (ب) توصیف کننده دستیابی به مهارتهای جدید است و تغییرات فیزیکی (د) تغییرات بدنی واقعی در بدن بیمار هستند (مانند کاهش وزن، افزایش تون عضلات).

۶ـ پاسخ صحیح گزینه «الف» است. برآیندهای مورد انتظار حیطه شناختی شامل افزایش دانش بیمار می‌شود، برآیندهای مورد انتظار حیطه روانی حرکتی (ب) توصیف کننده دستیابی به مهارتهای جدید است، برآیندهای مورد انتظار حیطه عاطفی (ج) در ارتباط با تغییرات در ارزش‌ها، نگرشها و اعتقادات بیمار است، تغییرات فیزیکی (د) شامل تغییرات واقعی فیزیکی در بدن می‌باشد (مانند کاهش وزن، افزایش تون عضلات).

۷ـ پاسخ صحیح گزینه «د» است. جمله ارزشیابی شامل تاریخ، کلمات «دستیابی به برآیند مورد انتظار»، «دستیابی به بخشی از برآیند مورد انتظار»، «عدم دستیابی به برآیند مورد انتظار» و اطلاعات یا رفتارهای بیمار بوده که این تصمیم را حمایت می‌کند. پاسخ (الف)، (ب) و (ج) جملات ناقص بیان شده‌ای هستند.

۸ـ پاسخ صحیح گزینه «الف» است. کیفیت بوسیله مشاهده بر روی یافته‌های ناقص کارکنان و رفع آن نواقص کار می‌کند. کیفیت به عنوان فرصت (د) تمرکز بر روی فرصتهای بدست آمده برای بهبودی و تشویقهای محیطی است که تیم درمان کار می‌کند. این کار با تقسیم مهارتها و درسهایی است که آنها آموخته‌اند. پاسخ‌های (ب) و (ج) نیز منحرف کننده است.

۹ـ پاسخ صحیح گزینه «ب» است. برخلاف اطمینان کیفیت (الف)، بهبود کیفیت از درون منشأ می‌گیرد، تمرکز بر روی مراقبت دارد تا ساختار سازمان، تمرکز بر روی فرآیندها دارد تا اشخاص و نقطه پایانی ندارد. برآیند مورد انتظار بهبود کیفیت است تا اطمینان کیفیت. گزینه‌های (ج) و (د) نیز انواع برنامه‌های اطمینان کیفیت است.

فصل ۱۷

ثبت کتبی گزارش به عنوان سند، گزارش شفاهی و مشورت کردن



فیلیپ بارون مرد ۵۲ ساله‌ای است که از واحد جراحی بیماران سرپایی بعد از انجام کولونوسکوپی و خارج کردن ۳ پولیپ مرخص شده است. او با همسرش که یک پرستار است به منزل می‌رود و هر دو نفر آنها نیاز به آموزش زمان ترخیص دارند.



میلر دونگ زن ۴۴ ساله‌ای است که به دنبال جراحی شکم دچار عفونت زخم شده است. مراقبت از زخم وی با شستشوی نرمال سالین ۴ مرتبه در شبانه روز انجام می‌شود.



جیسون چندلر ۱۵ ساله و در بازداشت پلیس جهت درمان به واحد اورژانس منتقل شده است. پلیس ادعا کرده است که وی ۳۰ عدد از قرصهای خود را یکجا مصرف کرده است. جهت درمان تجویز شده است برای وی لوله معده‌ای و شستشوی معده و روده انجام شود جیسون از درمان امتناع می‌ورزد زیرا وی بطور کلی منکر داشتن چنین قرصهایی است.

❖ تمرکز بر مهارتهای ترکیبی

انواع مهارتهای ترکیبی که شما جهت پاسخگویی به موردهای مطرح شده نیاز دارید شامل موارد زیر است:

مهارتهای شناختی

- دانستن این که کولونوسکوپی ملاکی تشخیصی است و نیاز به پیگیری دارد.
- توانایی ترکیب دانش عوارض بالقوه پس از کولونوسکوپی و استفاده از این اطلاعات در هنگام توسعه طرح‌های آموزشی در زمان ترخیص مددجو.
- آگاهی از روشهای مراقبت از زخم و ملاکهای کنترل عفونت
- آگاهی از اصول قانون موجود در ارتباط با امتناع بالغین از دریافت مراقبت‌هایی که سبب پیشگیری از عوارض بالقوه تهدید کننده جان آنها می‌گردد.
- توانایی در برقراری ارتباط نوشتاری و انتقال اطلاعات کامل، دقیق، مختصر حقیقی، سازماندهی شده و به موقع.
- توانایی در هماهنگی و ترکیب دانش مورد نیاز جهت ثبت مؤثر مداخلات پرستاری که بر روی دستیابی به نیازهای پرستاری یک بیمار در هنگام ترخیص که مفاهیم آموزشی مورد نیاز در موارد زیر را پاسخگو باشد. نیازهای پس از آندوسکپی، خانمی با زخم عفونی و فرد بالغی که ادعا می‌کند دارو خورده و از درمان امتناع می‌ورزد همچنین چگونگی اجرای مراقبت‌های پرستاری، ادامه گردآوری اطلاعات، تعدیل طرحهای مورد نیاز و برقراری ارتباطی مراقبتی.
- آگاهی از ثبت به روشهای مختلف در لیستهای مختلف (مانند ثبت جراحی‌های سرپایی، ثبت بیمارستانی و واحدهای اورژانس) و هدف از ثبت.
- آگاهی از استانداردهای موجود برای ثبت مراقبت و همچنین خط مشی مؤسسات.
- توانایی استفاده از تفکر انتقادی دربارهٔ این که چطور می‌توان بهترین واکنش را نسبت به نیازهای پرستاری بیمار نشان داد و چه موقع و چطور این موارد گزارش شود.
- آگاهی از منابع موجود در زمان مواجه شدن با سؤالاتی دربارهٔ آموزش ترخیص، مراقبت از زخم و امتناع از درمان.

مهارتهای تکنیکی

- برخورداری از مهارت بالا در تعیین عوامل خطرزای بالقوه‌ای که ممکن است در مراقبت‌های بیمار تأثیرگذار باشد.
- توانایی استفاده از سیستمهای اختصاصی ثبتی در مؤسسه یا دپارتمان
- برخورداری از توانایی لازم برای کار با رایانه
- توانایی در ثبت عملکردهای تکنیکی پروسیجرهای پرستاری انجام شده و هر طرح تعدیل شده به دلیل تغییر شرایط بیمار
- توانایی کمک خواستن در موقعیت‌های ضروری که نیاز به داشتن مهارتهای پیچیده جهت اجرای پروسیجر خاص داشته یا در موقعیت‌های ناآشنا.

مهارتهای بین فردی

- برخورداری از مهارت قوی برای ایجاد اعتماد بین بیمار و پرستار جهت اجرای مراقبتهایی که در قبال آنها مسئولیت داریم.
- برقراری ارتباط با بیماران، اقوام آنها و افراد حرفه‌ای ارایه دهنده مراقبت‌ها از طریق ثبت و پی بردن به دغدغه‌های آنها در مراقبت و خوب شدن
- توانایی مشخص کردن این که چه موضوعاتی در برقراری ارتباط با طرح‌های مراقبتی بیمار مؤثر است تا بتوان به مراقبتی هماهنگ دست یافت.
- توانایی ایجاد ارتباطی دوستانه توأم با تشریک مساعی محترمانه بین اعضای تیم بهداشتی جهت ترفیع کیفیت مراقبت
- توانایی نشان دادن احترام گذاشتن به شأن انسانی و استقلال بیمار در هنگام مراقبت از وی

مهارتهای قانونی اخلاقی

- تعهد به درستکاری، احساس مسئولیت در انجام اعمال حرفه‌ای
- احترام قائل شدن برای محرمانه باقی ماندن اطلاعات بیمار
- توانایی ثبت مداخلات پرستاری به شکلی کامل، مختصر، دقیق حقیقی با توجه به قوانین حرفه‌ای موجود.
- توانایی ترکیب اصول قانونی و اخلاقی موجود جهت راهنمایی لازم برای تصمیم‌گیری در ارتباط با نیازهای آموزشی ترخیص بیماران خانمی با یک زخم عفونی و جوان بالغی که در پاسگاه پلیس ادعا می‌نماید داروهای زیادی را بلعیده است.
- توانایی ثبت کامل و صحیح مراقبتها و وقایعی که بر طبق روتینهای تیمهای بهداشتی نبوده و سبب آسیب رساندن به بیمار می‌شود.
- توانایی ایفاء نقش به عنوان وکیلی مؤثر و مورد اعتماد بیمار.

❖ برآیندهای یادگیری

پس از مطالعهٔ این فصل، فراگیر باید قادر به انجام موارد زیر باشد:

۱ـ رهنمودهای لازم برای ثبت مؤثر را لیست نماید.
۲ـ علایم و نشانه‌های اختصاری معمول مورد استفاده برای چارت کردن را تشخیص دهد.
۳ـ اهداف ثبت بیماران را توصیف نماید.
۴ـ الگوهای مختلف ثبت گزارش به روشهای آگاهی از گزارش به عنوان منبع اطلاعاتی، ثبت بر اساس آگاهی از مشکلات بیمار، ثبت مشکلات، مداخله و ارزشیابی مداخلات (PIE) تمرکز بر روی چارت ثبت استثناء، مدل مدیریت موردی، ثبت‌های رایانه‌ای را با یکدیگر مقایسه و متمایز نماید.
۵ـ اهداف و روش صحیح استفاده از فرمهای زیر را برای ثبت پرستاری توصیف نماید. این فرمها شامل موارد زیر است: فرمهای ارزیابی پرستاری، طرح مراقبت پرستاری، راهکارهای ویژه، یادداشتهای سیر بهبودی چارتهای حیاتی، خلاصه پرونده در زمان ترخیص و ثبت مراقبت در منزل
۶ـ مداخلات پرستاری را به طور کامل، دقیق، خلاصه و حقیقی ثبت نموده و از مشکلات قانونی در گزارش نویسی اجتناب کند.
۷ـ نقش پرستار را در برقراری ارتباط با دیگر اعضای حرفه‌ای تیم درمان از طریق گزارش شفاهی و مشاوره توصیف نماید.

واژه‌های کلیدی

● گزارش شفاهی تعویض نوبت کاری	change-of-shift report
● ثبت استثناء	charting by Exception
● ثبت رایانه‌ای	computer based record
● مشاوره	consultation
● راهکارهای ویژه	critical/collaborative pathway
● خلاصه پرونده در زمان ترخیص	Discharge summary
● ثبت کتبی و قانونی (سند)	documentation
● چارت حیاتی جاری	flow sheet
● چارت کردن متمرکز	focus charting
● چارت ترسیمی	graphic sheet
● گزارش حوادث	incident report
● ثبت طرح مراقبتی در کاردکس	kardex care plan
● ثبت دارودرمانی	Medication record
● مجموعه اطلاعات پایه ضروری	Minimum data set
● گزارشهای تفصیلی	Narrative notes
● مذاکره در مراقبت‌های پرستاری	Nursing care conference
● سرکشی بالینی برای مراقبت‌های پرستاری	Nursing care round
● ثبت گزارش بیمار	patient record
● ثبت مشکلات، مداخلات و ارزشیابی پرستاری	PIE charting
● ثبت گزارشات طبی بر اساس آگاهی از مشکلات وی	problem oriented medical record
● گزارشهای سیر بهبودی	progress notes
● گزارش شفاهی ارجاع بیمار	referral reporting
● الگوی SOAP در ثبت	SOAP formal
● ثبت به عنوان منبع اطلاعات	source oriented record
● ثبت متغیر	variance charting

ارتباط مؤثر در افراد حرفه‌ای فارغ التحصیل عضو تیم‌های مراقبتی بهداشتی جهت ارایه مراقبتی مداوم و هماهنگ ضروری است. ارتباط مؤثر پرسنل سبب می‌گردد تا آنها از یکدیگر حمایت نموده و کار یکدیگر را تکمیل نمایند و در ارایه خدمات، مراقبتی از قلم نیافتد و یا دوباره کاری نگردد.

این فصل سه روش برقراری ارتباط را که محور ایفاء نقشهای پرستاری است را توصیف می‌نماید. این روشها عبارتند از: ثبت گزارشات به عنوان سند، گزارش شفاهی و مذاکره کردن.

اولین روزی که از بیمار مراقبت می‌کنید درمی‌یابید که در حال مذاکره با همکاران هستید مداخلات خود را ثبت می‌کنید و پیشرفت بیمار را به سمت اهداف با ارزش و قابل انتظار گزارش می‌نمایید.

همان طوری که مهارتهایتان را توسعه می‌دهید با سرعت متوجه می‌شوید ارتباطی بین اطلاعات حاصل از ارتباط و تفکر انتقادی وجود دارد. همچنین در ضمن ثبت اطلاعات شما دلایل بعضی از اغماض‌ها و یا مواردی را که به نحوی دیگر ممکن است بیان شده باشد را جستجو می‌نمایید در هنگام مذاکره با بیمار و اقوام وی و افراد حرفه‌ای مراقبت کننده ممکن است بعضی از مسائلی را در ارتباط با بیمار متوجه شویم که این امر سبب ارتقاء اطلاعات، درک بهتر مشکلات و نیازهای بیمار و طراحی مناسب‌تر مراقبتها می‌گردد.

این فصل به شما کمک می‌کند تا مسئولیت‌های خود را با مهارت بیشتری انجام دهید. در رابطه با تکنیکهای اختصاصی فرآیند ارتباط در فصل ۲۱ بحث شده است.

ثبت مراقبت به عنوان سند قانونی

ثبت گزارشات نوشته‌ای است قانونی از تمامی تعاملات بیمار، ارزیابی، تشخیص، برنامه‌ریزی اجرا و ارزشیابی. افزایش روزافزون تحریف مجموعه اطلاعات گزارش شده سبب طراحی مدیریت اختصاصی در ثبت اطلاعات و یافته‌های کسب شده از بیمار گردیده است. اطلاعات به دست آمده سبب تسهیل مراقبت از بیمار، ارایه خدمات مالی و ثبت قانونی مناسب، کمک در پژوهشهای بالینی و حمایت از تجزیه و تحلیل تصمیمات اتخاذ شده می‌گردد. هدف متخصصین در استفاده از اطلاعات ایجاد محیطی که از تهیه گزارش به موقع، دقیق، مطمئن و محرمانه حمایت نموده و از اطلاعات اختصاصی بیمار به خوبی استفاده گردد.

ثبت گزارش بیمار گردآوری و تکمیل اطلاعات بهداشتی و سلامتی وی می‌باشد. هر مؤسسه یا آژانس مراقبتی بهداشتی خط مشی مخصوصی برای تعیین مسئولیت‌های پرستاران در گزارش نویسی دارد. سازمان اعتبار دهنده مراقبت‌های بهداشتی در سال ۲۰۰۴ اطلاعات حاصل از مراقبت‌های پرستاری را که مرتبط با ارزیابی بیمار، تشخیص‌های پرستاری یا نیازهای وی، مداخلات پرستاری و برآیندهای قابل انتظار بیمار می‌باشد را مشخص نموده است، این عوامل گزارش پرستاری را کامل می‌نماید. از هر پرستاری انتظار می‌رود و اعمال خود را بر اساس استانداردهای بین‌المللی و خط مشی‌های محلی انجام دهد.

راهبردهای لازم برای ثبت گزارش مؤثر

ثبت گزارش بیمار تنها سند قانونی دائمی است که جزئیات تعاملات بیمار و پرستار را منعکس نموده و چنانچه بیمار یا ولی بیمار اظهار می‌نماید در پرستاری غفلت شده است بهترین مدافع پرستار می‌باشد. متأسفانه غالباً غفلتهایی در تهیه گزارش پرستاری صورت می‌گیرد که در نتیجه استفاده مکرر از کلمات نامفهوم و بی‌معنی بوده که سبب عدم دقت در گزارش‌نویسی می‌گردد.

اگرچه ممکن است این اشتباهات مخفی مانده و تأثیری هم بر بیمار دریافت کننده نداشته باشد اما همچنان ممکن است آثار سوء بر روی سیستم و مراقبت داشته و این امر سبب کاسته شدن اعتبار پرستاری به عنوان حرفه‌ای با انضباط شده ضمن‌باعث ایجاد مشکلات قانونی برای پرستار مسئول نیز می‌گردد. خلاصه‌ای از راهبردهای ضروری که می‌توانند در پیشگیری از اشتباه در گزارش نویسی به شما کمک نماید در کادر ۱-۱۷ مشخص شده است.

استفاده از راهبردهای اساسی و استاندارد در گزارش نویسی مزایای زیاد دارد. خلاصه این که گزارشات بایستی دارای استانداردهای حرفه‌ای و رسمی باشد یک گزارش مناسب بایستی دارای استانداردهای زیر باشد: کامل، دقیق، خلاصه، حقیقی، سازماندهی شده، بموقع و پی‌در پی، قانونی و خردمندانه و محرمانه بودن گزارش. انجمن پرستاران شمال آمریکا در پاسخ به دغدغه‌های پرستاران نسبت به صرف دقت جهت ثبت مراقبتها و ارایه خدماتی با کیفیت بالا و ایمن ابزاری جدید کارآمدی را جهت فرآیند ثبت پرستاری در سال ۲۰۰۳ معرفی نموده است. کتابچه راهنمای در دسترس تحت عنوان اصول ثبت گزارش نویسی است و این کتابچه راهنمایی‌هایی است شامل جملاتی مربوط به خط مشی‌ها، قواعد و توصیه‌های لازم جهت کمک به پرستاران در ثبت و ارایه خدماتی کامل و مطمئن در مؤسسه درمانی.

تمرینات انعکاسی: چالشی در مهارتهای اخلاقی و قانونی

کار کردن در واحد اورژانس در این تابستان هرگز مرا متحیر نکرد. پلیس، جوان مذکری به نام جیسون چندلر ۱۵ ساله را از پاسگاه پلیس جهت درمان مسمومیت با دارو به واحد اورژانس آورد. ظاهراً پلیس جوان مذکور را بعلت اجتناب از ایست فعالیتهای حیاتی به دلیل مصرف داروهایی که در یک شیشه کف دست وی بوده و خورده به اورژانس منتقل نموده است (تخمین زده می‌شود ۳۰ قرص خورده باشد). او احتیاطاً به اورژانس منتقل شده است. نگرانی از این موضوع که چنانچه پوشش قرصها از بین برود مشکل سلامتی بسیار جدی برای وی ایجاد شود. جیسون از دریافت درمان امتناع می‌ورزد زیرا وی می‌گوید که وی دارو مصرف نکرده است. پزشک کشیک اورژانس از قانون موجود برای درمان پسر جوان مطمئن نمی‌باشد و از وکیل بیمارستان کمک می‌خواهد. وکیل بیمارستان به دکتر گفت که وی می‌تواند درمان را برای بیمار آغاز نماید. اگرچه پسر مذکور تظاهرات بالینی مسمومیت شیمیایی گزارشی را نشان ندهد. این یک بلاتکلیفی بود زیرا چنانچه روکش قرصها در داخل بدن پسر باز می‌شد پزشک ابراز می‌کرد که پسر زنده نخواهد ماند. زمانی که دکتر درمان پسر جوان را شروع کرد مادرش رسید و گفت که از هر کسی که پسرش را لمس کند شکایت خواهد کرد. درخواست غرامت می‌نماید. من دستور داشتم یک لوله معده را برای بیمار کار گذارم و معده وی را جهت خنثی کردن مشکل وی شستشو دهم وکیل بیمارستان نیز بر روی درمان مشکل احتمالی بیمار تأکید نمود. علیرغم آنچه که وکیل بیمارستان گفت و پزشک عمل نمود مادر بیمار از کوره در رفته است و می‌گوید که می‌خواهد از کارکنان بهداشتی شکایت کند. همان طوری که ما جهت گذاشتن لوله معده و شروع درمان وارد اتاق شدیم پسر بیمار که دستانش با دستبند به تخت بسته شده بود شروع به جیغ و داد کرد و گفت که نمی‌خواهد ما وی را لمس نماییم.

خارج از چارچوب فکر کنید: اعمال دیگر احتمالی

- همراه با فرد توصیه کننده بر بالین بیمار رفته و به گذاشتن لوله معده کمک نمایم.
- به عنوان رعایت بخشی از قانون به دلیل ترس بیمار از درمان وی امتناع کنم.
- اجازه دهم فرد تجویز کننده قبل از گذاشتن NGT از مسکن استفاده نماید تا لوله معده راحتتر گذاشته شود.

برآیندهای مورد انتظار مناسب را ارزشیابی کنید:

چطور موفقیت را تعریف کنم؟

- آیا اقدام مذکور برای بیمار مفید است و هیچ ضرری متوجه او نیست.
- اعمال بیمارستان و کارکنان آن قانونی و قابل دفاع است و (انشاءا...) توسط اقدام بیمار مورد تعقیب قضایی و دادن جریمه قرار نمی‌گیریم.

فراگیری شخصی: به سمت آینده!

من به همراه پزشک تجویز کننده به اتاق بیمار رفتیم و برای بیمار و مادرش اقدامات لازم جهت گذاشت NGT را توصیف کردیم نحوه اثربخشی محلول مورد استفاده و انتظاراتمان را مشخص کردیم. من فکر می‌کنم مادر بیمار با تمکین خود و عدم اعتراض از انجام اعمال مراقبتی قدردانی می‌کرد و اعمالی را که ما برای پسرش انجام می‌دادیم با دقت زیر نظر داشت و متوجه شد که ما مشغول کمک به وی هستیم نه آسیب رساندن به او.

مادر مددجو دو سئوال درباره عوارض جانبی دارودرمانی و چگونگی عملکرد و لوله معده پرسید. هنگامی که پزشک به سمت اتاق بیمار می‌آمد در چهره‌اش علایم عصبانیت مشهود بود. سپس او مجدداً از کوره در رفت بنابراین مربی من مؤدبانه از پزشک خواست که اتاق را ترک نماید. بعداً ما توانستیم علیرغم مقاومت بیمار لوله معده را برای وی بگذاریم. این موقعیت خیلی برای من جدید بود.

هرگز با بیماری که مرا تهدید به گرفتن غرامت کرده بود و این مسئله درست برعکس اتفاقات و مراقبت وی بود بحث نکرده بودم. من توانستم تشریک مساعی را بین پزشک متخصص مسئول، متخصص سم‌شناسی، وکیل بیمارستان و پرستاران و خودم را تجربه نمایم. این مورد، کیس مورد علاقه من بود چراکه درمان به طور وضوح برای سلامتی او ضروری بود اما هر کس می‌خواست مطمئن شود که بر طبق قانون اجازه مداخلات ضروری را دارد. من یاد گرفتم که زمانی که سؤالی در چنین موقعیتهایی ایجاد می‌شود وکیل بیمارستان منبع خوبی برای تصمیم‌گیری است.

من فکر می‌کنم قوانین حرفه‌ای ما دچار ضعفهایی است که نیاز به کار بر روی آن وجود دارد. متأسفانه من معتقدم که پرستاران غالباً بیشتر از آن چیزی که تشخیص داده می‌شود از قانون تخطی می‌کنند برای مثال انحراف از قانون سبب نارسایی در مراقبت و نارسایی در اجرای خط مشی مؤسسه و عدم ایمنی بیمار می‌گردد. اگرچه احساس می‌کنم که بیشتر موارد انحراف از قانون را درک کرده‌ام اما فکر می‌کنم که مقدار زیادی از قوانین در ارتباط با اعمال پرستاری را باید بیاموزم.

انعکاس

شما فکر می‌کنید در موارد مشابه این موقعیت چگونه بایستی پاسخ متقابل نشان دهید؟ چرا؟ راجع به مهارتهای فردی خودتان در انجام مداخلات پرستاری قضاوت کنید آیا این مهارتها کافی است؟ آیا می‌توانید به پاسخ‌های دیگری فکر کنید؟ چه اصول و ملاحظات اخلاقی و قانونی شما را در این موقعیت درگیر می‌نماید؟ کدام مشکلات بالقوه سبب انحراف پیروی از قانون می‌گردد؟ آیا مربی و دانشجوی پرستاری از رعایت حقوق بیمار مطمئن هستند؟ چنانچه در چنین موقعیتی سن بیمار بالاتر از ۱۸ سال باشد واکنش چگونه متفاوت خواهد بود؟ چه مهارتهای دیگری (شناختی، بین پرسنلی، تکنیکی، قانونی / اخلاقی) جهت واکنش مناسب به این موقعیت نیاز دارید؟ آیا شما با معیارهای ارزشیابی موفقیت‌آمیز دستیابی به انتظارات بیمار موافق هستید؟ آیا دانشجوی پرستاری به معیارها دست یافته است؟ لطفاً پاسختان را توصیف نمایید.

(جولیا اشربل، دانشگاه جورج تاون)

کادر ۱ـ۱۷. راهبردهای ضروری در ثبت‌گزارشات پرستاری به عنوان سند

هدف: اطلاعات سازماندهی شده، حقیقی، مختصر، دقیق و کامل مرتبط به موقع و محرمانه را جهت مراقبت مهیا نموده و اطلاعات موجود را به شکل قانونی در غالب سند گزارش نماید.

محتوی

● اطلاعات را به روشی کامل، دقیق، مربوط، خلاصه و حقیقی ثبت نمایید.

● یافته‌های کسب شده از بیمار (مشاهدات از رفتار) همانگونه که مشاهده شده ثبت شود نه تفسیر شما از یافته‌های موجود.

● از کاربرد کلمات مانند «خوب»، «متوسط»، «طبیعی» و یا «کافی» که برای خوانندگان مختلف معنای متفاوتی دارد اجتناب نمایید.

● از کاربرد کلمات عمومی که مفهومی اختصاصی ندارند اجتناب نمایید مانند «امروز راحت بنظر می‌رسد».

ثبت علمی توسط جدول امتیازبندی شده از ۱ تا ۱۰ امکان‌پذیر است، امتیاز شدت درد پشت بیمار امروز ۳ـ۲ بوده که در روز گذشته ۹ـ۷ بوده است علایم حیاتی نیز به مرز پایه برگشته است.

● مشکلات را به همان شکلی که اتفاق افتاده مرتب و منظم ثبت نمایید. مداخلات پرستاری و پاسخ‌های متقابل بیمار را ثبت کنید. مشکلات جدید را در کاردکس یادداشت و یا مشکلات قدیمی حل شده را پاک نمایید.

● تمام ویزیت‌های پزشکی و مشاوره‌هایی را که پرستاران دیگر بایستی از آن آگاه باشند را ثبت کنید. این امر به دلیل تماس آنها با بیمار و یا به دلیل مراقبت‌های پرستاری است که بیمار در حال حاضر به آن نیاز دارد.

● به روشی قانونی و محتاطانه ثبت نمایید از استانداردهای حرفه‌ای بخوبی آگاه باشید و قوانین اختصاصی مؤسسه را در ثبت گزارش رعایت نمایید.

● واکنش متقابل پرستاری را نسبت به دستورات یا درمانهای طبی مورد سؤال ثبت نمایید (یا نارسایی در درمان بیماران را)

● تاریخ و زمان دقیق اطلاع دادن وضعیت نگران کننده بیمار را به پزشک معالج و پاسخ‌های متقابل وی را ثبت نمایید. چنانچه پزشک را توسط تلفن آگاه می‌سازید پرستار دوم بایستی به مکالمات گوش دهد و زیر یادداشتها را امضاء نماید. چنانچه تماس با مدیر پرستاری صورت گرفت حتماً ثبت نمایید. ثبت گزارش بایستی یک حمایت قانونی از پرستار، افراد دیگر مراقبت دهنده، مؤسسه مراقبتی و بهداشتی و همچنین بیمار بعمل آورد.

● در ثبت گزارش از کاربرد واژه‌های کلیشه‌ای یا بی‌ارزش و مبهم اجتناب نمایید.

زمانبندی

● گزارش بایستی به موقع ثبت شود.بر طبق قوانین مؤسسات بهداشتی تکرار ثبت و تعدیل گزارش در صورتی که تغییر در وضعیت بیمار حادث گردد مجاز خواهد بود.

در هر گزارشی که ثبت می‌گردد کاربرد تاریخ و زمان جهت ثبت مشاهدات و مداخلات پرستاری ضروری است.

● ثبت مداخلات پرستاری حتماً بایستی زمان و امضاء داشته باشد در مورد بیمارانی که مشکلات جدی‌تر دارند نیاز بیشتری به تهیه گزارش به شکل جاری می‌باشد.

هرگز قبل از این که مراقبت‌های جدی و اطلاعات با اهمیت مراقبت از بیمار را ثبت نکرده‌اید بخش را جهت استراحت یا صرف جای ترک نکنید.

● هرگز قبل از این که مداخله‌ای را انجام دهید آن را ثبت نکنید.

فرمهای مخصوص

● در فرمهای معتبر بر طبق قوانین موسسه بهداشتی همانطوری که طراحی شده ثبت نمایید.

● جهت اطمینان از ثبت دائمی به شکلی خوانا و روشن با جوهر مشکی بنویسید یا ثبت رایانه‌ای نمایید.

از قوانین دستوری و هجی صحیح استفاده کنید. فقط از اصطلاحات استاندارد واژه‌های پذیرفته شده معمول و کلمات اختصاری و نشانه‌های کاملاً استاندارد استفاده کنید (جدول ۱ـ۱۷ را نگاه کنید) از راهنمایی‌های لازم در ثبت رایانه‌ای گزارش استفاده نمایید.

● در هر بار ثبت از تاریخ و زمان استفاده کنید.

● مداخلات پرستاری را پی در پی و به ترتیب وقوع زمان ثبت نمایید. هرگز از روی خط نپرید و خط را خالی نگذارید. در مکانهایی که بایستی علامت گذاری شود فقط یک علامت بگذارید.

مسئولیت

● در هر ثبت گزارشی با استفاده از نام، نام خانوادگی و عنوان متن گزارش ثبت شده را امضاء نمایید. هرگز یادداشتهایی را که مداخلات انجام نشده توسط شما را توصیف می‌نماید امضاء نکنید.

● از لاک غلط گیر استفاده نکنید اشتباه را نیز پاک نکنید فقط کافی است بر روی کلمات و یا جملات اشتباه یک خط باریک بکشید و کلمه «اشتباه ثبت شده» را در بالای خط بنویسید و امضاء کنید، مجدداً بایستی جمله صحیح را بنویسید.

● هر صفحه گزارش را با نام بیمار و شماره پرونده خاص وی مشخص نمایید.

● متوجه باشید که گزارشات ثبت شدهٔ بیمار دائمی است برطبق قوانین مؤسسه‌ای که مشغول به کار هستید رنگ و نوع قلم مورد تأیید را استفاده کنید. مطمئن باشید که گزارش بیمار قبل از فرستادن به قسمت نگهداری گزارشات طبی تکمیل شده است.

محرمانه

● بیماران از نظر قانونی و اخلاقی انتظار دارند که اطلاعات کسب شده در گزارش طبی آنها ثبت شده و خصوصی باقی بماند. دانشجویان بایستی با قوانین و مقررات مؤسسات بهداشتی در ارتباط با دسترسی به گزارشات بیمار، توسط افراد دیگر تیم مراقبتی و افراد غیر حرفه‌ای و فرآیند دسترسی به اطلاعات آشنا باشند.

● بیشتر مؤسسات بهداشتی برای آموزش دانشجویان اجازه می‌دهند آنها به اطلاعات دسترسی یابند. ضمن این که دانشجو از گزارشات بیمار جهت آموزش استفاده می‌نماید از نظر حرفه‌ای و اخلاقی بایستی تمامی اطلاعات را محرمانه نگه دارد. از نظر حرفه‌ای و اخلاقی بایستی تمامی اطلاعات را محرمانه نگه داشت. نامهای حقیقی بیماران و دیگر مشخصات واقعی آنها نبایستی در گزارش کتبی و یا شفاهی دانشجویان مورد استفاده قرار گیرد.

راهبردها و جملات راهبردی در ثبت بر اساس کدبندی اخلاقی پرستاران انجمن پرستاران شمال آمریکا (ANA، ۲۰۰۱) و انجام اعمال پرستاری بر طبق خط مشی معین مؤسسه می‌باشد به علاوه در بسیاری از موارد ثبت بر اساس قوانین فدرال و مؤسسه، مرکز مراقبت‌های طبی و سرویسهای طبی و مرکز معتبرسازی خدمات بهداشتی درمانی مانند (JCAHO) و کمیته ملی برای اطمینان از کیفیت مراقبتها تنظیم شده است.

عبارتی دربارهٔ خصوصی و محرمانه بودن

پرستاران و دیگر مراقبین حرفه‌ای اطلاعات محرمانه‌ای را از بیماران و اقوام آنها به دست می‌آورند. محرمانه یعنی چه؟ تمام اطلاعات در ارتباط با بیمار، خصوصی یا محرمانه است؛ اگرچه بر روی کاغذ نوشته شود یا در رایانه ذخیره گردد یا با صدای آهسته گفته شود. این اطلاعات شامل نام و تمامی مشخصات آنها مانند آدرس محل سکونت، شماره تلفن و فاکس، شماره کارت ملی و دیگر اطلاعات شخصی آنها است. این اطلاعات محرمانه همچنین شامل دلیل بیماری فرد یا بودن وی در بیمارستان، اداره بهداشت یا کلینیک، درمانهای دریافت کرده و اطلاعات دربارهٔ شرایط قبلی سلامتی است. اطلاعات محافظت شده بیمار ممکن است در ثبت گزارشات طبی، سیستمهای رایانه‌ای، دستگاه تلفن، پست صوتی، فاکس، پست الکترونیکی قابل دسترسی باشد که این اطلاعات شامل اطلاعات شخصی و مقالات دربارهٔ بیماران بین کارمندان مراقبتی و کلینیکی می‌باشد.

در حالی که غالب پرستاران در حمایت کردن از حقوق قانونی محرمانه و خصوصی بودن اطلاعات بیمار به شکل ثابت قدم فعالیت می‌نمایند اما هر روز تعدادی از پرستاران بی‌فکر از این قانون حرفه‌ای تخلف می‌کنند. به طور مثال یک پرستار اطلاعاتی را از طریق تلفن به همسر بیمار منتقل می‌نماید بدون این که بداند چه چیز را باید بگوید و چه مطالبی را نباید بگوید و پرستار دیگری نیز ممکن است در آسانسور در هنگام رفتن به رستوران جهت صرف شام اطلاعات محرمانه بیمار را در اختیار افراد دیگر تیم مراقبتی درمانی که مشارکت مستقیم در درمان بیمار ندارند قرار می‌دهد.

قوانین رسمی و حرفه‌ای، خط مشی‌های قانونی مؤسسه و کتاب قانون نوشته شده مشخص می‌نماید که چگونه بایستی با اطلاعات (کلامی و نوشته شده) ارتباط برقرار نمود، کجا و چطور می‌توان این اطلاعات را نگهداری کرد و این اطلاعات برای چه کسانی قابل افشا کردن است و با چه هدفی ممکن است اطلاعات افشاء شود. این امر برای پرستاران ضروری است که با این راهبرد آشنا شوند.

بیمه سلامتی همراه و اعمال قابل حسابرسی

در سال ۱۹۹۶ قوانین خاصی در ارتباط با بیمه و حسابرسی به تصویب رسید. آخرین این اطلاعات در سال ۲۰۰۰ توسط مؤسسه بوش تعدیل و تدوین و در آگوست ۲۰۰۲ منتشر شد. بیشتر مؤسسات بهداشتی اکنون نیازمندند تا از این اطلاعات آگاه بوده و فرم مخصوص رعایت محرمانه نگه داشتن اطلاعات توسط کارکنان امضاء گردد. به عنوان یک دانشجو در مؤسسات بهداشتی برای شما بسیار مهم است که جهت کسب مهارت در این زمینه در ارتباط با راهبردهای ضروری حفظ محرمانه اطلاعات با مربی و پرستار ناظر خود بحث نمایید.

بر طبق قوانین بیمار حق دارد:

- اطلاعات ثبت شده سلامتی خویش را ببیند و کپی نماید.
- ثبت اطلاعات سلامتی به روز باشد.
- اطلاعات قابل افشاء مؤسسه بهداشتی درمانی را در ارتباط با اهداف درمانی، صورت حساب و عملکرد تیم مراقبتی دریافت نماید.
- درخواست نماید استفاده از اطلاعات محرمانه محدود گردد.
- چگونگی دریافت اطلاعات سلامتی را انتخاب نماید.

جیسون چندلر بیمار نوجوانی را که توسط پلیس به اورژانس منتقل شده بود را در نظر بگیرید. پرستار بایستی اطلاعات ضروری دربارهٔ چگونگی محرمانه نگه داشتن اطلاعات جیسون را در اختیار داشته باشد. بعلاوه پرستار بایستی بداند که جیسون بر طبق قانون کوچک است و به سن قانونی نرسیده و هر رضایتنامه‌ای بایستی از والدین وی اخذ گردد.

چنانچه مؤسسه بهداشتی بخواهد اطلاعات بیمار را برای اهدافی به غیر از درمان، صورتحساب یا اعمال روتین منتشر کند، بیمار بایستی فرم رضایت نامه را امضاء نماید. به کادر ۲-۱۷ که لیستی از اطلاعات بیمار را که قابل افشاء کردن است را نشان می‌دهد نگاه کنید.

هشدار!

مراجع قانونی و قضایی در ارتباط با تخلف در افشاء اطلاعات محرمانه بیمار هشدار می‌دهند که این امر سبب تنبیه و مجازات قانونی خواهد شد. حتی زیر پا گذاشتن این قانون بطور تصادفی نیز سبب بروز مشکلات قانونی برای فرد و مؤسسه‌ای که فرد در آن انجام وظیفه می‌نماید می‌گردد.

خط مشی‌های مؤسسه

بیشتر موسسات خط مشی‌های خاصی را برای ثبت گزارشات

کادر ۲ـ۱۷. بیمه بهداشتی همراه و اعمال مسئولانه ۱۹۹۶ ـ اختیارات قانونی

چنانچه یک مؤسسه بهداشتی بخواهد اطلاعات سلامتی بیمار را با اهداف به‌غیر از درمان، هزینه و اعمال مراقبتی بهداشتی روتین منتشر نماید حتماً بیمار بایستی با اختیار فرم رضایت نامه را امضاء کند.

مجوز افشاء اطلاعات سلامتی بیمار

در حالی که اختیارات قانونی در زمان و مکانی که ما احتیاج داریم اطلاعات سلامتی بیمار را با اهدافی به غیر از درمان، صورتحساب با اعمال روتین مراقبتی بهداشتی منتشر گردد به ما کمک می‌نماید اما در برخی از مردم این اختیارات قانونی استثناءهایی دارد.

در زیر به ۳ استثناء که موقعیتهایی را نشان می‌دهد که نیازی نیست در منتشر نمودن اطلاعات سلامتی بیمار از اختیارات قانونی وی استفاده گردد اشاره شده است.

فعالیتهای عمومی سلامتی	● اخطار و تذکر در ارتباط با بروز بیماری ● کنترل عفونت ● آمار مرتبط با خطرات داروها و یا تجهیزات پزشکی
اجرای قوانین و فرآیند قضایی	● ثبت گزارشات پزشکی قاطعانه جهت تحقیقات و تعقیب جرم ● ثبت گزارشات پزشکی جهت تعیین قربانیان جرم یا بلایا ● گزارش شفاهی پرسنل پزشکی از حوادث، سوء استفاده از بچه‌ها، غفلت، بی‌حرمتی
مرگ افراد	● ادامه اطلاعات سلامتی بیماری که مأمور تحقیق در مرگهای مشکوک نیاز به آنها دارد، معاینه کنندگان پزشکی و تشییع جنازه ● اطلاعات سلامتی بیمار که جهت پیوند عضو مورد نیاز می‌باشد. ● اطلاعات سلامتی بیماری که دچار مرگ مشکوکی شده است.

افشای اتفاقی اطلاعات سلامتی بیمار

افشای اتفاقی اطلاعات سلامتی بیمار زمانی اطلاق می‌شود که به طور ثانویه و به دنبال عدم تشخیص فاش شدن این اطلاعات ایجاد شود. مثالهایی از افشای اطلاعات به طور تصادفی عبارتست از:

افشای اطلاعات با مجوز	شرایط ضروری
● استفاده از علایم در فرمها	مهیا نمودن آن نشانه‌هایی در فرم که شامل دلایل ویزیت بیمار نشود.
● احتمال مطرح شدن اطلاعات محرمانه بالای سر مددجو	مهیا نمودن محیطی محصور شده مناسب برای محرمانه باقی ماندن اطلاعات و آرام صحبت کردن
● قرارگرفتن یادداشتهای بیمار خارج از اتاق معاینه	مهیا نمودن محیطی که به دیگران اجازه حضور در اتاق معاینه را ندهد و گذاشتن گزارش معاینه رو به دیوار
● استفاده از وایت برد	● حداقل اطلاعات موردلزوم را که استفاده می‌شود روی وایت برد بنویسید.
● گرافی‌های روی نگاتوسکوپ ممکن است توسط افراد گذری دیده شود	● گرافی‌ها را روی نگاتوسکوپ بدون حضور پرسنل یا متخصص ترک نکنید.
● صدا کردن اسم افراد بلند در اتاق انتظار	● در محیط مذکور دلیل ویزیت یا تشخیص بیمار را ذکر نکنید.
● وجود پست صوتی الکترونیکی و ضبط پیغام	● حداقل اطلاعات بیمار در این زمینه ثبت و افشاء شود.

طبی و پرستاری دارند. از هر شخصی که به گزارشات ثبت شده دسترسی دارد (مراقبت دهندگان مستقیم) این انتظار می‌رود که این گزارشات را محرمانه نگه دارد. در هیچ زمانی ممکن نیست پرستار به شخصی اجازه دهد فرمهای ثبت شده را ببیند مگر فقط به ارایه دهندگانی که اجازه دیدن چارتها را دارند. قوانین ایالتی مشخص نموده است که مرور پرونده توسط بیمار حق قانونی وی می‌باشد.

بیشتر موسسات به دانشجویان پرستاری مجوز دسترسی به گزارشات بیمار به مقاصد آموزشی را صادر کرده‌اند. برای نمونه دانشجوی مسئولی که اطلاعات بیمار را محرمانه نگه می‌دارد. همچنین خط مشی مؤسسه، پرسنل مسئول برای ثبت گزارش در هر فرم گزارش‌نویسی را مشخص نموده و این چنین خط مشی‌هایی ممکن است همچنین توصیف کننده دستورات لازم برای نحوه تکمیل فرم گزارش‌نویسی باشد.

خط مشی‌های اضافی ممکن است سبب تکرار گزارشها در هنگام ثبت مراقبت‌های روتین گردد که پرسنل بهداشتی پس از ثبت گزارش متوجه می‌شوند که از کدام لغات اختصاری می‌توانند استفاده نمایند و با چه روشی می‌توانند اشتباهات را ثبت نمایند. جدول ۱ـ۱۷ لیست علائم اختصاری معمول را مشخص نموده است.

یکی از استراتژیهای سازمان معتبر کننده مراقبت‌های بهداشتی ۲۰۰۴ جهت دستیابی به اهداف بیمار در ثبت گزارشات استفاده از لغات اختصاری و علایم خاص استاندارد و عدم استفاده از لغات اختصاری غیر استاندارد در مراقبت از بیمار می‌باشد. جدول ۲ـ۱۷ نشاندهنده این اطلاعات می‌باشد. مطمئن باشید که از آخرین خط‌مشی‌ها و قوانین مؤسسه در ارتباط با استفاده از علایم اختصاری و نشانه‌های استاندارد در مجموعه اعمال خود آگاه هستید.

جدول ۱ـ۱۷. نشانه‌ها و علایم اختصاری که بطور شایع توسط تیم‌های مراقبتی بهداشتی استفاده می‌شود

		فعالیتها
AMB	ambulatory	متحرک
BRP	bathroom privileges	اولویت حمام
CBR	complete bed rest	استراحت مطلق
OOB	out of bed	خروج از بستر
UP	ad lib up as desired	برخاستن بر طبق برنامه طراحی شده
		ارزیابی اطلاعات پایه
abd	abdomen	شکم
BP	blood pressure	فشار خون
bx	biopsy	بیوپسی (نمونه‌برداری از نسج زنده)
C	celsius (centigrade)	درجه سلسیوس (سانتی گراد)
C/O	Complains of	شکایت از
CTA	clear to auscultation	سمع پاک
dx	diagnosis	تشخیص
F	Fahrenheit	درجه فارنهایت
FUO	fever of unknown origin	تب با علت ناشناخت
GI	gastrointestinal	معدی رودی
GU	genitourinary	تناسلی ادراری
H/A	headache	سردرد
h/o	history of	تاریخچه
HPI	history of present illness	تاریخچه بیماری فعلی
Imp	impressions	گمان، عقیده
Lt or	Left	چپ
MAE	moves all extremities	حرکت انتهاها
NAD	no apparent distress	دیسترس نامحسوس
NKA	no known allergies	حساسیتهای شناخته نشده
N/V	nausea and vomiting	تهوع و استفراغ
neg	negative	منفی
P	pulse	نبض
PE	physical examination	معاینات فیزیکی
PMH	paast medical history	تاریخچه طبی قبلی
R	respirations	تنفس
R/O	rule out	فرآیند توصیه شده جهت حصول یک نتیجه، بررسی حصول نتیجه
ROS	review of systems	مروری بر سیستم‌ها
rt or ®	right	راست
SOB	Short of breath	تنفس کوتاه
SX	Symptoms	نشانه‌ها، علایم
T	temperature	دما
⊕	Positive	مثبت
⊖	negative	منفی
		بیماریها
ASCVD	arteriosclerotic cardiovascular disease	بیماری تصلب شرایین عروق قلب
ASHD	arteriosclerotic heart disease	بیماری تصلب شرایین قلب
BPH	benign prostatic hypertrophy	بزرگی خوش خیم پروستات
CA	Cancer	سرطان
CAD	coronary artery disease	بیماری شریان کرونر
CHF	congestive heart failure	نارسایی احتقانی قلبی
COPD	chronic obstructive pulmonary disease	بیماری انسدادی مزمن ریوی

جدول ۱ـ۱۷ (ادامه).

CVA	cerebrovascular accident	حوادث عروقی مغزی
DM	diabetes mellitus	دیابت شیرین
HTN(↑BP)	hypertension	افزایش فشار خون
MI	myocardial infarction	انفارکتوس قلبی (سکته قلبی)
PE	pulmonary emboli	آمبولی ریوی
PVD	peripheral vascular disease	بیماری عروقی محیطی
STD	Sexually transmitted disease	بیماریهای آمیزشی (جنسی)
URI	Upper respiratory infection	عفونت فوقانی سیستم تنفس
	Diagnostic studies	مطالعات تشخیصی
ABG	arterial blood gases	گازهای خون شریانی
BE	barium enema	تنقیه باریم
CBC	complete blood count	شمارش کامل گلبولهای خون
CO2	carbon dioxide	دی اکسید کربن
C&S	Culture and sensitivity	کشت و حساسیت
CXR	chest X-ray	عکس قفسه صدری (روتین)
ECG(EKG)	Cardiogram	نوار قلب
lytes	electrolytes	الکترولیتها
RBC	red blood cells	گلبولهای قرمز خون
UA	Urinalysis	تجزیه ادرار (کامل ادرار)
UGI	Upper GI	بخش فوقانی سیستم گوارش
WBC	white blood cells	گلبولهای سفید خون
	Symbols	نشانه‌ها
>	greater than	بزرگتر از
<	less than	کوچکتر از
↑	Increase	افزایش
	Increasing	در حال افزایش
↓	decrease	کاهش
	decreasing	در حال کاهش
2°c	Secondary to	ثانویه در ارتباط با
=	equal to	مساوی با
≠	unequal	نامساوی
♂♀	female	مؤنث
♂♀	male	مذکر
°	degree	درجه
▲	change	تغییر
$\overline{X}$	except	بجز، به استثناء
		نشانه‌های متفرقه دیگر
$\bar{a}$	befor	قبل از
ad lib	as desired	همانطوری که طراحی شده
AMA	against medical advice	برخلاف توصیه پزشکی
ASAP	as soon as possible	به محض این که امکان داشت
BM	bowel movement	حرکات دودی روده
BSD	bedside drainage	تخلیه کنار تخت
$\overline{C}$(C)	with	با ـ همراه
CABG	Coronary artery bypass graft	پیوند شریان کرونری
CPR	cardiopulmonary resuscitation	احیاء قلبی ریوی
dc(disc)	discontinue	قطع شود (ادامه نیابد)
DNR	do not resuscitate (no code)	احیاء قلبی ریوی نشود

جدول ۱_۱۷ ادامه.

Dsg	dressing	پانسمان
dx	diagnosis	تشخیص
FOB	Foot of bed	پایه تخت
FX	Fracture	شکستگی
GHWT	good handwashing technique	شستشوی دست با تکنیک مناسب
HOB	head of bed	سر تخت
hs	hour of sleep	ساعت خواب
HX	history	تاریخچه
I&O	intake and output	جذب و دفع
IV	intravenous	وریدی
KVO	keep vien open	باز نگه داشتن ورید
NG	nasogastric	بینی معده‌ای
noc	night	شب
NPO (npo)	nothing by mouth	چیزی از راه دهان خورده نشود
NS (NIS) (N/S)	normal saline	سرم نرمال سالین (فیزیولوژی)
O2	Oxygen	اکسیژن
OT	Occupational therapy	کار درمانی
$\overline{P}$	after	بعد از
Postop	Postoperative	بعد از عمل جراحی
Preop	Preoperative	قبل از عمل جراحی
Prep	Preparation	آمادگی
PRN(p.r.n)	as needed	در زمان ضرورت
PT	physical therapy	درمان فیزیکی
pt	patient	بیمار
q	every	هر
ROM	range of motion	دامنهٔ حرکت
RX	treatment	درمان
$\overline{S}$(S)	without	بدون
SOB	side of bed	کنار تخت
S/P	status post	وضعیت بعدی
STAT	imediately	بلافاصله، فوراً
TF	tube feeding	تغذیهٔ لوله‌ای
TPR	temperature,pulse,respiration	دما، نبض، تنفس
TURP	transurethral resection of prostate	نوعی عمل جراحی پروستات (از طریق پیشابراه)
TX	treatment	درمان
VS	vital signs	علایم حیاتی
WA	while awake	در زمان بیداری
X	times	وعده‌ها

نگرانی فزاینده رو به رشدی در مورد ثبت گزارشات توسط پرسنلی که مدرک تحصیلی معتبری ندارند ایجاد شده است. بدلیل این که پرستاران حرفه‌ای بارها مراقبت پرستاری را که توسط افراد کمک پرستار انجام می‌گیرد نظارت می‌کنند این نکته بسیار ضروری است که ارزیابیها و مداخلاتی که ممکن است توسط پرسنل کمکی ثبت گردد حتماً توسط پرستاران حرفه‌ای طبقه‌بندی و سپس ثبت و گزارش شود.

هنگامی که بیماری به مدت طولانی درمان نمی‌شود وظیفه نگهداری گزارشات بیمار بر عهده بخش بایگانی مؤسسه بهداشتی است. بیشتر گزارشات بیماران به صورت فشرده بر روی میکروفیلم قرار می‌گیرد و یا جهت تسریع در دسترسی به اطلاعات وارد سیستم رایانه‌ای می‌شود.

جدول ۲ـ۱۷. از نشانه‌ها یا کلمات اختصاری زیر استفاده نکنید

کلمات اختصاری	مشکل بالقوه	واژهٔ ترجیح داده شده
واحد U (for unit)	اشتباه با صفر 0، چهار 4 یا سی سی cc	بنویسید «Unit» «واحد»
IU (for international unit)	اشتباه با «IV» (وریدی یا ۱۰ «ten») واحد بین‌المللی	بنویسید «International unit» واحد بین‌المللی
علایم P.O.D و P.D. اختصاری لاتین برای یک مرتبه روزانه و هر روز دیگر	اشتباه به جای هر کدام	بنویسید «daily» «روزانه» و «هر روز دیگر» «every other day»
MS ـ MSO4 ـ MgSO4	گیج شدن افراد دیگر می‌تواند منظور مورفین سولفات یا منیزیم سولفات باشد	بنویسید «مورفین سولفات» یا «منیزیوم سولفات»
واژه‌های اضافی (میکروگرم) µg	اشتباه با میلی گرم در نتیجه مسمومیت دارویی بیمار	بنویسید میکروگرم «mcg»
در زمان خواب H.S.	اشتباه ممکن است با هر ساعت اشتباه شود. می‌تواند سبب اشتباه در میزان دارو گردد.	بنویسید در زمان خواب
T.I.W برای ۳ مرتبه در یک هفته	اشتباه با ۳ بار در روز یا ۲ بار در هفته درنتیجه مسمومیت با دارو به دلیل مصرف میزان زیاد دارو	بنویسید «۳ مرتبه در هفته»
ترخیص D/C	ممکن است به قطع دارو درمانی یا درمان تفسیر شود.	بنویسید «ترخیص»
سانتی متر مکعب C.C.	اشتباه با واحد وقتی بد نوشته می‌شود	بنویسید میلی لیتر «mL»
A.S. ، A.D، Au اختصار گوش چپ، گوش راست یا هر دو گوش	اشتباه با چشم راست OD، چشم چپ OS، هر دو چشم OU	بنویسید گوش چپ، گوش راست یا هر دو گوش، چشم چپ، چشم راست یا هر دو چشم

اهداف گزارش‌نویسی بیمار

گزارش‌نویسی اهداف سودمند زیاد دارد مانند ارتباط با دیگر اعضاء فارغ التحصیل تیم بهداشتی درمانی، ثبت دستورات درمانی و تشخیصی، برنامه‌های مراقبتی، بررسی کیفیت مراقبت، پژوهش، تجزیه و تحلیل تصمیمات، آموزش، ثبت قانونی، پرداخت هزینه و ثبت تاریخچه.

ارتباط

گزارش نویسی به سیستم‌های حرفه‌ای مراقبتی بهداشتی با قواعد متفاوت کمک می‌نماید تا با بیماران مختلف در زمانهای متفاوت تعامل داشته و ارتباط مناسبی با یکدیگر برقرار نمایند. این مقدماتی‌ترین هدف گزارش نویسی است. بخاطر بسپارید گزارش نویسی برای افراد دیگر حرفه‌ای تیم مراقبتی بهداشتی نیز مفید بوده و به آنها در قضاوت درباره پرستاران و ارایه خدمات پرستاری کمک می‌نماید.

دستورات تشخیصی و درمانی

ثبت گزارش بیمار شامل دستورات تشخیصی و درمانی نیز می‌باشد. پرستاران در مقابل ثبت دستورات و اجرای مراقبت‌های بیمار در پرونده مسئول هستند.

خط مشی بیشتر موسسات بهداشتی درمانی در مورد پذیرفتن دستورات درمانی و تشخیصی بر طبق موازین قانونی ثبت و امضاء این دستورات توسط پرسنل فارغ‌التحصیلی است که دستورات را تجویز کرده‌اند بجز دستورات طبی اورژانس (دستورات شفاهی) یا زمانی که پرسنل تجویز کننده قادر نیستند بر بالین بیمار حضور نمایند (دستورات تلفنی یا فاکس) پرستاران ممکن است فقط از پزشکان، دندانپزشکان، روانپزشکان، متخصصین ارتوپدی و پرستاران ارشدی که مدرک تحصیلی معتبر و اجازه کار دارند دستورات را دریافت نمایند.

دستورات دانشجویان پزشکی فقط زمانی قابل اجرا و قانونی است که توسط پزشک فارغ التحصیل متخصص، پرستار ارشد دارای مجوز و یا مدیر مسئول مؤسسه بالینی امضاء و تأیید شده باشد.

جیسون چندلر نوجوانی را که به قسمت اورژانس آورده شده بود را به خاطر بیاورید؟ دستور پزشک گذاشتن لوله معده و تجویز محلول شستشوی معده

جهت خنثی کردن داروهای بلعیده شده موجود در سیستم گوارش بود. این دستورات بایستی توسط پزشک، متخصص نوشته و امضاء شود.

دستورهای شفاهی

در بیشتر مؤسسات بهداشتی درمانی فقط در شرایطی که پزشک متخصص، پرستار مسئول ارشد یا مدیر مؤسسه در وضعیت اورژانس قرار دارند می‌توانند دستورات شفاهی دهند در غیر این صورت دستورات بایستی نوشته شوند.

دستور بایستی مستقیماً توسط پزشک یا پرستار ارشد بالینی به پرستار فارغ التحصیل حرفه‌ای یا داروشناس حرفه‌ای فارغ التحصیل داده شود کسانی که دریافت کنندگان قانونی دستورات هستند. دستورات شفاهی تحت شرایط دیگری ممکن نیست داده و یا گرفته شود.

نمونه‌ای از خط مشی‌ها عبارتند از:

الف ـ پرستار فارغ التحصیل حرفه‌ای یا داروساز حرفه‌ای فارغ‌التحصیل افرادی هستند که دستورات شفاهی را بر اساس موارد ذکر شده زیر سازماندهی نمایند:

۱ـ دستورات را در فرم ثبت گزارشات پزشکی بیمار ثبت نمایند.
۲ـ دستورات را جهت دقت بیشتر و تأیید صحت آنها بازخوانی نمایند.
۳ـ تاریخ و زمان و دستورات اورژانس را ثبت نمایند.
۴ـ دستورات شفاهی را ثبت کنید اسم پزشک و پرستار دستور دهنده و اسم خودتان را بنویسید.

ب ـ بلافاصله پس از خاتمه وضعیت اورژانس پزشک یا پرستار تجویز کننده مسئول هستند که دستورات را بر اساس اصول زیر منظم نمایند:

۱ـ مرور دستورات جهت تأیید صحت آنها
۲ـ نوشتن اسم و عنوان فرد زیر دستورات جهت مشخص کردن هویت دستور دهنده.
۳ـ تاریخ و زمانی که دستورات داده شده است.

ج ـ مسئولیت پرستار فارغ التحصیل حرفه‌ای است که ببیند آیا دستورات رونویسی شده توسط پزشک مطابق با پروسیجرهای انجام شده است.

دستورات تلفنی و دستورات توسط فاکس

خط مشی مؤسسات بایستی دستورات تلفنی را پیگیری نماید. هر دستور تلفنی بایستی جهت اطمینان از درک صحیح پرستار از دستورات مجدداً تکرار شود. چنانچه پرستار از دستور گرفته شده توسط تلفن مطمئن نبود بایستی از پزشک درخواست نماید دستور را مجدداً تکرار کند.

دستور تلفنی بایستی در فرم دستورات ثبت و رونویسی شود: خط مشی مؤسسه کاملاً مشخص می‌نماید که پزشک در چه مدت زمانی بایستی دستورات را رونویسی و امضاء کند. چنانچه پرستار قضاوت نماید که دستورات تلفنی مناسب و منطقی نیست، حتماً بایستی پرستار دیگری به این دستورات گوش دهد. سپس راهبردهای موسسه جهت پرسش در مورد دستورات مبهم اجرا شود.

دستورات توسط فاکس در صورتی قابل پذیرش هستند که از مکانهای معتبر شناخته شده بوده و روشن و صریح باشد. در صورتی که پرستار در مورد این دستورات دغدغه و نگرانی داشته باشد بایستی با پزشک تماس بگیرد.

نمونه‌ای از خط مشی‌ها در این ارتباط عبارتند از:

الف ـ پزشک متخصص مسئول یا پرستار دستور دهنده در صورتی که در شرایط اورژانس از این دستورات استفاده می‌کنند بایستی جهت برقراری دستورات تلفنی با پرستار مسئول شیفت یا در زمان عدم حضور ایشان با پرستار یا داروساز حرفه‌ای فارغ‌التحصیل تماس برقرار نمایند.

ب ـ چنانچه پرستار حرفه‌ای فارغ‌التحصیل دستورات را پذیرفت بایستی:

۱ـ دستورات مذکور را در فرم ثبت طبی بیمار یادداشت نماید.
۲ـ جهت تأیید دستورات بایستی یک مرتبه دیگر بازخوانی شود.
۳ـ برطبق مقررات تاریخ و زمان دستورات ثبت گردد.
۴ـ ثبت دستورات تلفنی بالای دستورات، اسم و فامیل و عنوان کامل پزشک یا پرستار دستور دهنده طبق مقررات
۵ـ امضاء دستورات با اسم کامل و عنوان
(مثال: Amp: Demerol 100mg IM) حالا و در ۴ ساعت در زمان ضرورت جهت کنترل درد
دستور تلفنی جیمز «ایی»
واکرو مری فارغ التحصیل پرستاری (RN)

پزشک و پرستاری که دستورات را صادر کرده‌اند به محض انجام اقدامات بجز دستورات محدود کردن، نارکوتیکها، ضد انعقادها و آنتی بیوتیکها بایستی مابقی دستورات را در ۲۴ ساعت اول ثبت و امضاء نمایند. حتماً آنها بایستی تاریخ و زمان دستورات را زیر امضاء ثبت کنند.

برنامه‌ریزی مراقبتی

هر فردحرفه‌ای که با بیمار کار می‌کند به اطلاعات پایه و پیشرفته بیمار دسترسی داشته و می‌تواند ببیند روز به روز بیمار به

برنامه‌های درمانی چطور پاسخ می‌دهد. اصلاح برنامه مراقبتی بر اساس این اطلاعات می‌باشد.

به گذشته به آقای فیلیپ بارون بیماری که کولونوسکوپی شده بود فکر کنید. پرستار از چارت بیمار جهت کسب اطلاعات دربارهٔ وی استفاده میکرد این اطلاعات شامل کولونوسکوپی و واکنش بیمار به کولونوسکپی بود و بر همین اساس برنامه‌های ترخیص مددجو مانند برنامه‌های آموزشی توسعه می‌یافت.

مروری بر کیفیت
شاید بتوان جهت ارزشیابی کیفیت مراقبتی که بیماران دریافت می‌نمایند و همچنین تعیین صلاحیت پرستاران که خدمات مراقبتی را ارایه می‌دهند از چارتها استفاده نمود و بدین جهت گزارشات ثبت شده مرور گردد. برای مثال: در نظارت پرستاری، یک کمیته تصمیم می‌گیرد مزایای اساسی استانداردهای مراقبتی را ارزشیابی نماید (استانداردهایی در ارتباط با ارزیابی پرستاری، گزارش نویسی پرستاری یا معیارهای ایمنی) سپس تعدادی از چارتها بطور تصادفی انتخاب شده و جهت مشخص کردن دستیابی پرستاران به استانداردهای مراقبتی انتخاب شده مرور گردند. چنانچه نارسایی مشخص شود می‌توان جهت اصلاح مشکل از آموزش ضمن خدمت استفاده نموده و کیفیت مراقبت را بهبود بخشید. مؤسسات اعتباری مثل مؤسسه اعتباری بهداشتی مراقبتی نیز ممکن است جهت تعیین چگونگی دستیابی موسسات اختصاصی یا انستیتوهای مراقبتی بهداشتی به استانداردهای مراقبتی چارتها را مرور نمایند. آموزش ضمن خدمت و آگاهی از جدیدترین اطلاعات در زمینه ثبت گزارش بسیار با اهمیت است.

پژوهش[1]
ممکن است گزارشات بیمار توسط فردی پژوهشگر مورد بررسی و مطالعه قرار گیرد و وی را امیدوار سازد که با استفاده از مطالعه مذکور مطالبی را فرا گرفته و از این اطلاعات در بیماران مشابه برای تشخیص مشکلات سلامتی بیمار و اتخاذ تصمیم جهت انتخاب روش درمانی مناسب استفاده می‌نماید.

تجزیه و تحلیل[2] تصمیم‌گیری
غالباً با مرور اطلاعات کسب شده از گزارشات، اطلاعات مورد نیاز برای برنامه‌ریزان استراتژیک مهیا شده و این افراد با توجه به این نیازها استراتژی را انتخاب می‌کنند که بیشتر این نیازها برآورده شود. شاید مروری بر گزارشات استفاده ناچیز و یا استفاده زیاد را از سرویسهای خدماتی مراقبتی مشخص نماید. بیماری که مدت زمان طولانی در مؤسسه‌ای اقامت دارد نیاز به کمکهای اختصاصی داشته و اطلاعات مالی در ارتباط با این که کدام خدمات در مقایسه با یکدیگر درآمد بیشتری داشته و برای مؤسسه مقرون به صرفه‌تر است، تعیین میگردد.

آموزش[3]
افراد حرفه‌ای عضو تیم مراقبتی بهداشتی و دانشجویان می‌توانند با مطالعه فرمها و چارتهای گزارش نویسی بیمار در ارتباط با: تظاهرات بالینی، مشکلات اختصاصی سلامتی، تأثیر مدلهای مختلف درمانی و عواملی که در دستیابی به اهداف بیمار تأثیر دارند مطالب عمده‌ای را بیاموزند.

سند قانونی[4]
گزارش بیمار سندی قانونی است که ممکن است در جریان یک محاکمه به عنوان گواه از آن استفاده شود بنابراین در فهماندن حق و حقیقت و تبرئه شدن افراد مسئول عضو تیم بهداشتی که به نظر می‌رسد مراقبت نامناسبی را انجام داده‌اند نقش بسیار مهمی را ایفاء می‌کند. همچنین می‌توان از گزارشات تهیه شده در مورد بیماری که دچار حادثه و یا آسیبی بطور تصادفی شده و ضمناً طرح دعوی نیز نموده است استفاده کرد.

پرداخت (جبران هزینه)
همچنین گزارشات بیمار به فرد پرداخت کننده هزینه‌های درمانی بیمار که خواستار پی بردن به نوع هزینه‌های پرداختی است نحوه جبران هزینه‌ها را نشان می‌دهد.

میله دلونگ زنی با عفونت زخم را به یاد بیاورید؟ پرستار نیاز خواهد داشت مراقبت از زخم را به دقت ثبت نماید خصوصاً مواردی چون، اندازه، رنگ، ظاهر و مواد خاص مورد نیاز که برای مراقبت از زخم لازم است تا اطمینان حاصل شود که تجهیزات مورد استفاده و نیروی کار مراقبت کننده محاسبه شده و هزینه‌ها جبران خواهد شد.

1- Research
2- Decision Analysis
3- Education
4- Legal Documentation

سند تاریخی

به دلیل این که اطلاعات ثبت شده در گزارش بیمار کاملاً تخصصی می‌باشد بنابراین به عنوان یک سند تاریخی ارزش زیادی دارد. سالهای بعد این اطلاعات نشان می‌دهد که در گذشته بیمار چه مراقبت‌های بهداشتی درمانی را دریافت داشته است.

روشهای ثبت گزارش

از زمانی که روشهای مختلفی در سیستم گزارش‌نویسی استفاده می‌شود در شروع کار به نظر می‌رسد دستیابی به اهداف اصلی سخت و گیج کننده است. اما بطور مشابهی سیستمهای مختلف ثبت به پرستاران اجازه می‌دهد در هنگام کار حرفه‌ای در مؤسسات مختلف با سرعت به تطابق ضروری دست یابند.

ثبت بر اساس آگاهی از منبع (SOR)

در روش تهیه گزارش به عنوان یک منبع هریک از گروههای عضو تیم مراقبتی بهداشتی اطلاعات کسب شده را در فرم مخصوص به خود به طور جداگانه نگهداری می‌کنند. قسمتهایی از گزارش طراحی شده برای پرستاران، پزشکان، پرسنل آزمایشگاه و رادیولوژی و غیره... یادداشتها به ترتیب زمان نوشته می‌شود و گزارش جدید در نزدیکترین مکان جلوی گزارش قبلی ثبت می‌گردد. یک مزیت گزارش نویسی به روش (SOR) دسترسی آسان به اطلاعات و ثبت در فرمهای اختصاصی مربوطه می‌باشد. از مضرات اصلی این روش تکه، تکه بودن گزارش می‌باشد. با توجه به این که اطلاعات توسط افراد حرفه‌ای گروههای مختلف ثبت می‌شود پیگیری منظم مشکلات بیمار سخت می‌باشد. اگرچه مؤسسات بهداشتی تغییرات اختصاصی را در این نوع گزارش نویسی ایجاد کرده‌اند صفات ویژه این روش گزارش نویسی بطور مشابه باقی مانده است. انواع فرمهای اختصاصی که در گزارش نویسی به روش (SOR) استفاده می‌شود در جدول ۳ـ۱۷ مشخص شده است.

یادداشتهای سیر بهبودی در روش نوین (SOR) توسط پرستار نوشته می‌شود این یادداشتها همان نوشته‌های توصیفی است که به مراقبت‌های روتین، یافته‌های طبیعی و به مشکلات مشخص شده در طرح مراقبتی بیمار اشاره می‌نماید. این یادداشتها شامل توصیف وضعیت مشکل بیمار، مداخلات پرستاری وابسته، واکنشهای متقابل بیمار و نیاز به اصلاح برنامه مراقبتی می‌باشد. نمونه یادداشتهای توصیفی سنتی پرستاری در شکل ۱ـ۱۷ نشان داده شده است. یادداشتهای توصیفی سنتی پرستاری شامل فرآیند پرستاری مراقبت از بیمار نیز می‌باشد که در نتیجه بالینی هر بخش مورد مطالعه قرار می‌گیرد.

ثبت طبی بر اساس آگاهی از مشکلات بیمار[1]

نوع دیگری از گزارش نویسی که در بعضی از مؤسسات بهداشتی از آن استفاده می‌شود گزارش نویسی بر اساس آگاهی از مشکلات بیمار می‌باشد (POMR) که برای اولین بار در سال ۱۹۶۰ توسط دکتر لورنس وید مطرح گردید. روش POMR بر اساس مشکلات بیمار سازماندهی شده است تا بر اساس منبع اطلاعات موجود در پرونده بیمار.

در شکل ۲ـ۱۷ یک مثال مطرح شده است. تمام افراد حرفه‌ای تیم درمان اطلاعات را شبیه این مدل ثبت می‌نمایند. مزایای این نوع گزارش نویسی همکاری تمامی اعضای تیم مراقبتی بهداشتی با یکدیگر جهت مشخص نمودن یک لیست اختصاصی از مشکلات بیمار و تهیه یک برنامه مراقبتی جامع می‌باشد.

یادداشتهای سیر بهبودی بطور وضوح برروی مشکلات بیمار تمرکز دارد. شکل ۲ـ۱۷ و جدول ۴ـ۱۷ قسمتهای مهم POMR را توصیف و تشریح نموده است که شامل اطلاعات پایه[2]، لیست مشکلات[3]، برنامه‌های مراقبتی[4]، و یادداشتهای[5] سیر بهبودی می‌باشد.

علامت اختصاری SOAP (اطلاعات ذهنی، اطلاعات عینی، ارزیابی، قضاوتی که مراقبت کنندگان از وضعیت بیمار می‌نمایند و برنامه) نشان‌دهنده بخشی از سیر بهبودی روش POMR می‌باشد که از آن جهت سازماندهی تمامی اطلاعات در یادداشتهای سیر بهبودی استفاده می‌شود. مراقبت کنندگان تعدادی از مشکلات را از لیست مشکلات مهم که در صفحه روی پرونده ثبت شده است انتخاب نموده و سپس بر اساس الگوی SOAP یادداشتهای سیر بهبودی برای حل این مشکل تلاش می‌نمایند.

بعضی از پرستاران معتقدند که در روش SOAP تمرکز زیادی بر روی مشکلات بیمار وجود دارد و از بازگشت به یادداشتها و گزارشات تفصیلی، روش سنتی حمایت می‌نمایند. اشکال گوناگون یادداشت SOAP شامل SOAPE، SOAPIE و SOAPIER (I[6] نشاندهنده مداخلات، E[7] نشان‌دهندهٔ ارزشیابی و R[8] نشان‌دهنده پاسخ متقابل می‌باشد) شکل 17ـ2D یادداشتهای SOAP ترکیب شده را نشان می‌دهند.

1- Problem oriented medical Record
2- Data base
3- Problem list
4- Care plans
5- Progress notes
6- Intervention
7- Evaluation
8- Response

جدول ۳ـ۱۷. مثالهایی از فرمها و اطلاعات در ثبت‌گزارش بیمار به روش آگاهی از اطلاعات مددجو (SOR)

فرم	اطلاعات واقعی مددجو
فرم پذیرش	نـام قـانونی، شـماره هـویت پـزشکی، سـن، تـاریخ تـولد، جـنس، شـغل و کـارفرما، مـذهب، نـزدیکترین خویشاوند و شخصی که در موارد اورژانس به وی اطلاع داده شود. تاریخ، زمان، دلیل پذیرش، نام پزشک معالج مسئول، اطلاعات در ارتباط با بیمه و نحوه پرداخت، اطلاعات ترخیص
فـرم ارزیـابی پـرستاری در هـنگام پذیرش	نتایج تاریخچه پرستاری و بررسی معاینات فیزیکی درجه حرارت، میزان نبض و تنفس و فشار خون (علایم حیاتی) میزان درد روزانه و وزن روزانه.
فرمهای ترسیمی (شکل ۱۰ـ۱۷ را نگاه کنید)	مقیاسهای سنجش اختصاصی مانند جذب و دفع مایعات بیمار
فرمهای فعالیتهای جاری (شکل ۱ـ۱۷ را ببینید)	رژیم غذایی و چگونگی تغذیه بیمار، حمام کردن و مراقبت از پـوست مـیزان فـعالیت، مـقیاسهای ایـمنی، مداخلات تنفسی، دفع، مقیاسهای تشخیصی، درمانی، جداسازی
یادداشتهای تفصیلی پرستاری (شکل ۱ـ۱۷ را ببینید)	توصیف مشاهدات وابسته به بیمار، جملات بیان‌کننده مراقبت‌های اختصاصی پرستاری شامل آموزش، دریافت آن توسط بیمار و واکنش نسبت به مراقبت‌های پرستاری اظهارات توصیف کننده شرایط بیمار و پیشرفت وی یا فقدان پیشرفت به سمت بهبودی و دستیابی به اهداف، توصیف شکایتهای اساسی بیمار و چگونگی تطابق بیمار یا عجز و ناتوانی وی در تطابق و واکنش متقابل پرستاری
فرمهای دارودرمانی (به فصل ۲۹ نگاه کنید)	نام داروهای دستور داده شده و تجویز شده به روش معمولی یا در زمان ضرورت. دُز داروی تجویز شده، راه تجویز داروها بجز داروهای خوراکی، زمانی که داروها تجویز می‌شوند. نام فرد شروع کننده دارودرمانی
فرمهای تاریخچه و معاینات پزشکی	نتایج معاینات فیزیکی انجام شده تـوسط پـزشک، شـرایط فـعلی طـبی فـرد، تـاریخچه سـلامت شـامل بیماریهای قبلی، تاریخچه طبی فامیلی تشخیصهای احتمالی یا قطعی، برنامه درمان طبی
فرم دستورات پزشک	دستورات برای دارودرمانی، دستورات برای درمـانها، دسـتورات دیگـر جـهت مـراقبت‌های اخـتصاصی از بیمار
فرم سیر بهبودی پزشک	تفسیرهای پاتولوژی بیمار، پاسخ متقابل بیمار به درمانهای طبی
فرمهای متنوع ضمیمه	گزارشات آزمایشگاهی، گزارش رادیولوژی، گزارش مشـاوره، نـیازهای تـغذیه‌ای، نـتایج مـشاوره خـدمات اجتماعی، انواع درمانهای فیزیکی، تنفسی و رادیوتراپی و نتایج آن.

PIE مشکل، مداخله، ارزشیابی

روش PIE در ثبت گزارشات سیستم مـمتازی است کـه در آن برنامه‌های مراقبتی بـه شـکـل جـداگـانه تـوسعه یـافته و دیـده نمی‌شود. برنامه‌های مراقبتی بـا یکـدیگر آمـیخته شـده و بـه یادداشتهای سیر بهبودی تبدیل شده که در آن مشکلات با قید شماره مشخص شده است. در این روش گزارش نویسی بیمار به طور کامل ارزیابی می‌گردد و سپس در آغـاز هـر شـیفت فـرم مخصوص ارزیابی تکمیل می‌شود مشکلات بیمار در فرم ارزیابی توسط شماره مشخص شـده، سـپس بـر اسـاس الگـوی PIE، مشکل، مداخله، ارزشیابی بر روی آن کار شده و در هر شـیفت ارزشیابی می‌شود. شکل ۳ـ۱۷ مثالی در این رابطه می‌باشد.

ادامه مشکلات هـر روز شـماره خـورده و دو مـرتبه ثـبت می‌گردد. یکی از مزیت‌های مهم این سیستم ارتقاء تداوم مراقبت می‌باشد. همچنین به دلیل این که برنامه مراقبتی جدا وجود ندارد در وقت نیز صرفه جویی می‌گردد. از مضرات این روش نداشتن یک برنامه مراقبتی رسمی است. به هر حال پـرستاران قـبل از شروع مراقبت نیاز دارند تمامی گزارشات پرستاری را جهت تعیین مشکلات بیمار مطالعه نموده و سپس بـرنامه مـداخـلاتشان را تدوین نمایند.

تمرکز بر روی ثبت چارتها

هدف از تمرکز بر روی چارتهای پرونده برگشتن و تمرکز بر روی دغدغه‌ها و دلواپسی‌های بیمار می‌باشد بجای لیست مشکلات یا لیست پرستاری یا تشخیصهای پزشکی، تمرکز بر روی سـتون مرکزی چارت که ترکیبی از جنبه‌های مختلف مشکلات بیمار و مراقبت از وی می‌باشد صورت می‌گیرد تمرکز مـمکن است بـر روی توانایی، مشکل و یا نیاز بیمار باشد. عناوینی کـه در ایـن ستون بطور متمرکز جلب توجه مـی‌نماید شامل دلواپسی‌ها و رفتارهای بیمار درمانها و پاسخ متقابل نسبت به درمان، تغییرات در شرایط و وقایع با اهمیت مانند: آموزش، مشاوره، کنترل دقیق (مونیتورینگ)، فعالیتهای روزمره زندگی یـا ارزیـابی عـملکرد و الگوی بهداشتی می‌باشد.

Shift	11-7:30 AM	7-3:30 PM	3-11:30 PM
Diet or NPO	House = Soft	House = Soft	House = Soft
Nutrition		BR ☑ G ☐ F ☐ P LU ☐ G ☐ F ☐ P ☐ Feed ☑ Self	DI ☐ G ☑ F ☐ P HS Snack ☑ ☐ Feed ☑ Self
Bathing Skin Care	☑ Mouth Care ☐ Skin Care Keri lotion	☐ S ☑ P ☐ C ☑ Mouth Care ☑ AM Care	☑ PM Care ☑ Mouth Care
Activity	☑ CBR ☑ Pos q2° ☐ BRP ☐ BRP c̄ Asst ☐ OOB Chair c̄ Asst ☐ OOB Chair s̄ Asst ☐ AMB c̄ Asst ☐ AMB s̄ Asst	☑ CBR ☑ Pos q2° ☐ BRP ☐ BRP c̄ Asst ☐ OOB Chair c̄ Asst ☐ OOB Chair s̄ Asst ☐ AMB c̄ Asst ☐ AMB s̄ Asst	☑ CBR ☑ Pos q2° ☐ BRP ☐ BRP c̄ Asst ☐ OOB Chair c̄ Asst ☐ OOB Chair s̄ Asst ☐ AMB c̄ Asst ☐ AMB s̄ Asst
Resp Assess-ment	☑ Cough/D Breathe q2° ☐ Trach Care ☐ Suction Freq ___	☑ Cough/D Breathe q2° ☐ Trach Care ☐ Suction Freq ___	☑ Cough/D Breathe q2° ☐ Trach Care ☐ Suction Freq ___
Treat-ments	Assisted ROM	P.T. →	
Protective Precau-tions	☐ Full ☑ Half	— ☐ Full ☐ Half	— ☐ Full ☐ Half
Restraints	☐ Posey ☐ Wrist ☐ Ankle ☐ None ☑ q2° Check ☐ Other	☐ Posey ☐ Wrist ☐ Ankle ☑ None ☐ q2° Check ☐ Other	☐ Posey ☐ Wrist ☐ Ankle ☑ None ☐ q2° Check ☐ Other
Elimina-tion Bowel Bladder ☐ Foley	bedpan voiding qs ☐ Commode	TBM Voiding qs bedpan ☐ Commode ☐ Foley Care	☐ Commode ☐ Foley Care
Diagnostic Studies +/or Specimens Obtained	—	CAT Scan	—
Isolation Type	—	—	—
Nursing Care Plan	☑ Reviewed ☐ Revised	☑ Reviewed ☐ Revised	☑ Reviewed ☐ Revised
Comments	awake @ 2am did not fall back to sleep	"when can I go home?" napped in pm	—
Signature	L. Gray RN	C Taylor RN	D. Kande RN

Date / Time	
9/4/02 7 Am	Pt awake and alert. Awoke at 2 am to void — unable to fall back asleep. Refused sedative. Rested quietly. Speech clear, moving all extremities. — L. Gray RN
9/4/06 10 AM	Prune juice + cup of hot water with breakfast resulted in soft formed BM — about 1 hour p̄ breakfast. No straining. Keri lotion to dry skin on legs and arms. Strength seems to be increasing in left arm & leg. Performs lt. leg exercises independently. During bath talked about how much she misses her husband and her house. Explored feelings about participating in support group for widows — recommended by her friends. Feels good about babysitting her 2 grandchildren. — C. Taylor, RN
2 pm	Spent 30 min. teaching patient + daughter Lisa about T.I.A. and stroke. Strong family history of PVD, CVA and MI. Reviewed importance of dietary modifications, regular exercise and taking prescribed medication. Excellent motivation for self-care — S Taylor RN
9/4/06 8pm	VS 98.8-78-18 136/92 Quiet this evening. — Napping — Not hungry at dinner: states "Busy day". Moving all extremities; alert. Daughter Barbara says her mother wants to do "too much." Still afraid TIA automatically means stroke & death! — D. Kande RN.

Nazareth Hospital
Activity Flowsheet/Patient Care Notes

شکل ۱_۱۷

خلاصه‌ای از اطلاعات پایه مددجو (۱۷ـ۲A)

خانمی ۷۲ ساله، سفیدپوست که اخیراً بیوه شده است بعد از سقوط ناگهانی و زمین خوردن با ناحیه گیجگاه و فلج ساق پای چپ به بیمارستان آورده شده است.
تشخیص در زمان پذیرش: کم خونی گذرای مغزی و بررسی حادثه عروقی و مغزی
از سال ۱۹۹۰ تاکنون بعلت فشار خون بالا تحت درمان می‌باشد و وضعیت عمومی بیمار خوب بوده است. تاریخچه سردرد یک تا دو مرتبه در هفته (افزایش شدت در ۶ ماه گذشته. OT:۳۶/۸°C ـ BP:۱۸۴/۱۲۰mm/Hg ـ PR:۸۸/min ـ TBW:۶۳/۲kg ـ کاهش حرکات اندام تحتانی چپ، کاهش قدرت

لیست مشکلات (مرکز پزشکی X) (۱۷ـ۲B)

تاریخ	شماره مشکل	تعیین‌کننده
۲۰۰۶/۹/۲	۱ـ کم‌خونی گذرای مغزی (TIA) بررسی جهت تأیید و یا نقص تشخیص حوادث عروق مغزی (CVA) ۱ـ الف ـ اختلال در حرکات فیزیکی در ارتباط با ضعف اندام تحتانی چپ	جی ـ گلیر (پزشک) دی ـ گندی (فارغ‌التحصیل پرستاری)
۲۰۰۶/۹/۴	۲ـ اختلال در تطابق در ارتباط با بروز تنش‌زاهای با اهمیت در زندگی و کاهش حمایت	دی ـ گندی (فارغ‌التحصیل پرستاری)

برنامه مراقبتی (۱۷ـ۲C)

تاریخ	مسئله
۲۰۰۶/۹/۴ ساعت: ۱۵:۰۰	اختلال در تطابق در ارتباط با عوامل تنش‌زا با اهمیت در زندگی (شامل ناخوشی) و کاهش حمایت‌ها اهداف: تقدم در ترخیص بیمار و گزارش این احساس از طرف بیمار که قادر است به منزل برود و روزی را بگذراند. برنامه‌ریزی: تشخیص: بررسی کفایت الگوی تطابق فرد و انگیزه وی برای آموختن استراتژیهای جدید درمانی: ۱) توضیح تمامی تستها و اعمال درمانی مراقبتی برای بیمار که تمایل دارد بداندو درک نماید که چه اتفاقی برای وی افتاده است. ۲) ایجاد محیطی آرام (۳) صحبت با خدمتکار منزل بیمار یا اقوام وی (دختری که با وی تماس دارد) آموزش: آموزش مهارتهای جدید تطابقی به بیمار مانند تمرینات آرامسازی معرفی و ارجاع به گروههای حمایت کننده از بیوه‌ها درجامعه فارغ التحصیل پرستاری (دی ـ گندی)

یادداشتهای سیر بهبودی (۱۷ـ۲D)

۲۰۰۶/۹/۶ ساعت: ۱۰ صبح	یادداشتهای سیر بهبودی بر اساس آگاهی از مشکلات بیمار «اختلال در حرکت در ارتباط با ضعف اندام انتهایی چپ» S «یافته‌های ذهنی»: هنوز احساس بیحالی و سوزن سوزن شدن در ساق پای چپ دارم اما قادرم آن را حرکت دهم. O «یافته‌های عینی»: قادر است پای چپش را در بستر حرکت دهد. خم و راست کردن فعالانه پای چپ، قدرت عضلانی $\frac{3}{5}$ (حرکات طبیعی در مقابل وزن) A «ارزیابی»: بازگشت حرکت به عنوان بازگشت قدرت P «برنامه»: درمانی: مشاوره با پزشک در ارتباط با دستور استراحت مطلق برنامه تشخیصی: ادامه کنترل قدرت عضلات و حرکات یکمرتبه در پایان شیفت کاری در مورد هر نوع علامت نشان‌دهنده عود مجدد کم خونی گذرای مغزی هوشیار باشید. برنامه آموزشی: تا زمانی که بررسی‌های تشخیصی کامل نشده است به وی آموزش خروج از بستر بدون کمک را ندهید. احتیاط در مورد رعایت نیازهای ایمنی را در وی تقویت نمایید. (دی ـ گندی فارغ‌التحصیل پرستاری)

شکل ۲ـ۱۷

جدول ۴ـ۱۷. سازماندهی گزارش نویسی بر اساس آگاهی از مشکلات بیمار POMR

ثبت	اطلاعات
اطلاعات پایه (شکل ۲Aـ۱۷ را نگاه کنید)	اطلاعات پایه از گردآوری کلیه اطلاعات بیمار تشکیل می‌شود و شامل موارد زیر است: وضعیت سلامت بیمار که توسط پرستار آماده شده است. نتایج تاریخچه طبی و معاینات فیزیکی که توسط پزشک آماده شده است. تاریخچه اجتماعی ـ نتایج تستهای تشخیصی
لیست مشکلات (شکل ۲Bـ۱۷ را نگاه کنید)	تعیین فهرست مشکلات مهم که از جنبه‌های مختلف مختل کنندهٔ زندگی بیمار بوده و نیاز به توجه دارد که شامل موارد زیر است: مشکلات اجتماعی اقتصادی، آمار انسانی، روانشناسی و فیزیولوژیک هر مشکل با شماره مشخص می‌گردد و به عنوان فعال یا غیر فعال طبقه‌بندی می‌شود.
طرح مراقبتی (شکل ۲Cـ۱۷ را نگاه کنید)	طرحهای مقدماتی آماده شده برای هر مشکل که در فهرست مشکلات با شماره مشخص شده است. طرح پرستاری که شامل طرحهای درمانی، تشخیصی یا آموزشی بوده و توسط دستورات پرستاری مشخص می‌گردد.
یادداشتهای سیر بهبودی یادداشتهای تفصیلی (شکل ۲Dـ۱۷ را نگاه کنید)	یادداشتهای سیر بهبودی که از یادداشتهای تفصیلی تشکیل شده است: یادداشتهای حیاتی و جاری و یادداشتهای ترخیص، یادداشتهای تفصیلی بهبودی که بر روی فرمهای مخصوص SOAP به ترتیب زیر پیگیری می‌شود: S: اطلاعات ذهنی گزارش شده توسط بیمار O: مشاهدات عینی بدست آمده توسط افراد تیم بهداشتی مراقبتی A: ارزیابیهای بدست آمده از اطلاعات جدید P: طرحها یا اهداف جهت اعمال وابسته به مشکلات بیمار
فرمهای حیاتی جاری	فرمهای حیاتی برای ثبت اطلاعاتی که از کنترل تمام وقت بیمار به دست می‌آید. این اطلاعات، اطلاعات با ارزشی را جهت مقایسه وضعیت بیمار در یک زمان با وضعیت بعدی بیمار مهیا می‌نماید.
یادداشتهای ترخیص	یادداشتهای ترخیص زمانی آماده می‌گردد که مراقبت از بیمار مراحل پایانی خود را طی می‌نماید و شامل اطلاعات زیر می‌باشد: اطلاعات مربوط به حل هر مشکل، که در فرم مخصوص SOAP توصیف شده است. یادداشتهای تهیه شده برای ارجاع بیمار توصیه برای مشکلاتی که حل نشده و یا بخشی از آن حل شده است.

P#1: 4/01/06 — *Caregiver role strain related to patient's new safety needs and increased need for assistance with activities of daily living upon discharge.*

I: *Met with patient's daughter and made a list of patient's safety and basic needs upon discharge. Identified what patient already knows and feels comfortable providing and developed a teaching plan to address deficiencies. Patient is highly motivated. Explored community-based resources available to daughter and made referrals to support group for family members of persons with Alzheimer's disease. Social work will talk with daughter 4/03/06 to explore care options should it become impossible to continue providing care at home*

E: *Daughter verbalized feeling more in control and less anxious about her father's return home. ———— C. Taylor, RN*

شکل ۳ـ۱۷

بخش تفصیلی گزارشات متمرکز برای فرمهای خاص اطلاعات پایه، اعمال، واکنش‌های متقابل (DAR) استفاده می‌شود (شکل ۴ـ۱۷).

مزیت اصلی استفاده متمرکز از چارتها تأکید جامع بر روی بیمار و اولویتهای بیمار است. سادگی ثبت گزارش در روش گزارش متمرکز نیز از مزیتهای این نوع گزارش‌نویسی محسوب می‌گردد. به هر حال بعضی از پرستاران بطور کلامی گزارش می‌نمایند که روش (DAR) مصنوعی است و در هنگام ثبت مراقبتها مفید نمی‌باشد (ایگلند، ۱۹۹۵).

برای آقای بارون پرستار می‌تواند جهت ثبت اختصاصی آموزش کولونوسکوپی و مراقبت‌های پس از آن از چارتهای متمرکز استفاده نماید. بعلاوه ممکن است آقای بارون تمامی تأثیرات بیهوشی در هنگام کولونوسکوپی و مشکلات ناشی از آن را به خاطر نیاورد. بنابراین پرستار آموزش زمان ترخیص همسر بیمار را ثبت می‌نماید تا اطمینان حاصل کند که اطلاعات ارایه شده براستی درک شده است. به خاطر بسپارید که خانم بارون یک پرستار است. دانش بالینی او و هر اطلاعات ضروری دیگر که مورد نیاز است بایستی ثبت گردد.

Date/Time	Focus	Patient Care Notes
7/11/06 9:15 am	High risk for trauma	**DATA:** Patient crying when I entered room; confided that she is afraid to go home because her injuries are the result of husband's battery
		ACTION: Attending notified and discharge cancelled; Abuse network called with patient's permission and they are sending a counselor this afternoon to talk with her. — C.Taylor, RN
10:00 am	Pain	**DATA:** Patient complaining of pain in right rib area
		ACTION: Tylenol 3 administered as ordered. — C.Taylor, RN
10:30 am	Pain	**RESPONSE:** Patient reports relief from rib pain, still anxious about aftermath of discharge. — C.Taylor, RN

شکل ۴ـ۱۷

ثبت گزارش استثناء (موارد با اهمیت)

ثبت گزارش استثناء روش ثبت گزارش کوتاه دستی می‌باشد که با استفاده از اعمال استانداردی که به خوبی تعریف شده است انجام می‌شود بدین ترتیب که فقط یافته‌های با اهمیت (استثناء) در این استانداردها در یادداشتهای تفصیلی ثبت می‌گردد منفعت و سود این روش شامل کاهش زمان گزارش نویسی (آزاد شدن وقت بیشتری جهت مراقبت مستقیم از بیمار) تأکید بیشتر بر اطلاعات با اهمیت، سادگی اصلاح اطلاعات با اهمیت، ثبت به موقع گزارشات کنار تخت بیمار، ارزیابی استاندارد شده نظم بیشتر در ارتباطات درون گروهی اثر بهتر از واکنشهای متقابل بیمار و هزینه کمتر می‌باشد.

سندی با اهمیت زیاد که با روشی کارآمد ثبت شده است ثبت گزارش استثناء بسرعت حمایت لازم را جلب می‌نماید (مورنی و بورک ۱۹۹۰)، کوستوک و موف ۱۹۹۱). شکل ۵ـ۱۷ مثالی از این نوع گزارش نویسی را نشان داده است.

مدل مدیریت مورد[1]

تاکید مدیریت مراقبت بر روی کیفیت، مقرون به صرفه بودن مراقبت‌های ارایه شده در زمانی محدود می‌باشد که این عوامل سبب توسعه ابزارهای گزارش‌نویسی و نظم بیشتر گشته و به طور وضوح پی‌آمدهایی را که گروه بیماران انتخاب نموده و انتظار می‌رود در هر روز مراقبت به آنها دست یابند را مورد بررسی قرار داده و میزان دستیابی به اهداف را مشخص می‌نماید.

مدل مدیریت مورد تشریک مساعی، ارتباط و کار گروهی را در تیمهای مراقبتی درمانی ارتقاء داده و سبب استفادهٔ مؤثر از زمان و افزایش کیفیت توسط تمرکز مراقبت بر روی اهداف بیمار خواهد شد. بهرحال یکی از محدودیتهای این مدل توجه کم به نیازهای فردی بیمار است.در حال حاضر توافق کمی دربارهٔ کدام ابزار گزارش نویسی برای ثبت گزارشات معمول و جنبه‌های متفاوت مراقبتی و پیشگیری بهتر است وجود دارد.

راهکارهای تشریک مساعی

راهکارهای تشریک مساعی (ممکن است راهکارهای ویژه یا نقشه مراقبت نامیده شود) در مدل مدیریت مورد استفاده قرار می‌گیرد. یک مدل راهکارهای مساعی در شکل ۶ـ۱۷ تا ۸ـ۱۷ بیمارانی که مراحل رادیکال ماستکتومی را طی می‌نمایند نشان داده شده است. در این روش ویژه گزارش نویسی ثبت گزارش بخشی از یک سیستم کامپیوتری می‌باشد که تمامی راهکارهای همکاری و ثبت را به صورت چارتهای حیاتی طراحی نموده تا با برآیندهای مورد انتظار در هر روز منطبق باشد. توسعه راهکارهای ویژه در دانشگاه واندربیلت[2] نشان داد این سیستم زمان ثبت گزارشات را ۴۰٪ کاهش داده و میزان رضایت مندی پرسنل را از کار با کاغذهای مخصوص ثبت از صفر درصد به ۸۵ درصد افزایش داده است. نتایج به دست آمده با عدم کاهش در نظارت و کیفیت ثبت گزارش توأم بوده است. مهمتر آنکه بررسی زمان نشان داد که این روش مستقیماً سبب افزایش گذراندن مدت زمان بیشتری با بیمار شده است (هچر، ۱۹۹۵). ثبت گزارش استثناء مکرراً در گزارش‌نویسی به روش راهکارهای ویژه مورد استفاده قرار می‌گیرد.

1- case management model

2- Vander bilt university

THE WILLIAMSPORT HOSPITAL & MEDICAL CENTER
Williamsport, Pennsylvania 17701-3198

FLOW SHEET
Nursing Intervention

Addressograph

Abbreviation Key: AM = Morning; PM = Evening; I = Independent; A = Assist; C = Complete; S = Sleeping; W = Awake; O = Patient off unit; √ = Within normal limits or performed; X = not within normal limits
* Signature of assigned caregiver for shift

	Date: 7/10/06			Date: 7/11/06		
	2400 - 0700	0800 - 1500	1600 - 2300	2400 - 0700	0800 - 1500	1600 - 2300
*	PM / C. Taylor, RN	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/
Dx # / Nursing Interventions	/	/	/	/	/	/
Personal Care	AM - A					
Preops, preps & One-time interventions	shave Ⓛ groin					
Activity	ood + BRP					

Date 7/10/06:

Dx #	Nursing Interventions	2400	0100	0200	0300	0400	0500	0600	0700	0800	0900	1000	1100	1200	1300	1400	1500	1600	1700	1800	1900	2000	2100	2200	2300
	Safety Precautions	√	√	√	√	√	√	√	√																
	IV hourly check	√	√	√	√	√	√	√	√																
	Patient Check	S	S	S	W	S	S	W	W																
#3	Skin care				√				√																
#4	K- pad	√	√	√	√	√	√	√	√																
	Frequent Interventions																								

Date 7/11/06:

Dx #	Nursing Interventions	2400	0100	0200	0300	0400	0500	0600	0700	0800	0900	1000	1100	1200	1300	1400	1500	1600	1700	1800	1900	2000	2100	2200	2300
	Safety Precautions																								
	IV hourly check																								
	Patient Check																								
#3	Skin care																								
#4	K- pad																								
	Frequent Interventions																								

MR - 6075 1/99 PAGE 1

Please Do Not Write or Stamp Above Line

THE WILLIAMSPORT HOSPITAL & MEDICAL CENTER
Williamsport, Pennsylvania 17701-3198

FLOW SHEET
Nursing Assessment

Nursing Diagnosis #	System	Date 7/10/06	7/10/06	7/10/06	7/10/06	7/11/06	
		Time 1200	1600	1800	2000	0200	
# 1	Resp	X SOB ē exertion. lungs clear	→	Δ ↑ SOB: see progress notes	/	Δ less SOB	
# 2	Fluid Status	X IV @ KVO. ↑ PO fluids	/	Δ IV to hep lock ↑ PO intake	√	D/C →	→
# 3	Skin	X reddened area on coccyx	/	/	→	→	
# 4	musculoskeletal	X Ⓛ calf edematous, red, warm	→	→	Δ ↑ Ⓛ calf pain - see progress notes	Δ K pad D/C'd per MD orders	
	Knowledge						
	Discharge Planning						
Signature		CT	CT	CT	CT	CT	CT

/ = Assessment not currently required.
D/C = System no longer requires assessment.
Δ = Change in condition.
X = New problem.
√ = Assessment within normal limits.
➡ = No change in condition since last assessment.

MR - 6075 1/99 PAGE 2

شکل ۵ـ۱۷

VANDERBILT UNIVERSITY MEDICAL CENTER

Mastectomy: Modified Radical

DRG Number: ____________________

ELOS: ____________________

	Pre Op (Outpatient)	Day of Operation (Holding Room) 1 hr	Day of Operation (OR → close) 2 hr 15 min	Day of Surgery PACU (2 hr)	Day of Operation (9 S)	POD 1 (9S)	POD 2 (9S/Day of Discharge)
Goals	Pre-op testing complete and data available for review 1-4 days pre-op Pre-op testing results WNL for surgery Pt/family teaching complete Consent signed	Pre-op checklist completed Support to family Support to patient Permit signed	Pt. safety maintained → Sterile tech maintained → Pt. positioned correctly → Initial counts documented Final counts correct	Pain controlled VSS, Lung CTA Normothermia achieved $SaO_2 \geq 90\%$	Voids w/o difficulty Temp < 100° → Drsg dry & intact Incision w/o S/Sx infection → Drains patent & functioning → Tol reg diet w/o difficulty	Reach to Recovery referral made Demonstrates drain care	Home care teaching complete Drains patent and functioning till return to clinic F/U appointment scheduled
Treatments		Shave/prep	Correct position Pad extremities and bony prominence → Warm blanket → Pt. prep Bovie pad Counts x 3 if applicable	Standard PACU care Monitor drainage in hemovac Check dsg q 1 hr	No needle sticks, BP to ___ arm JP drains x 2 →		MD remove dressing Till RTC
Activity	Ad lib	Bedrest →	Check bony prominence	Progress as tolerated	OOB to chair in p.m.	OOB to chair Ambulate halls TID	
Diet	NPO at MN night before surg	NPO →		Sips and chips if tolerated	Clear liquids → advance to regular as tolerated		
Labs	SMA6 SMA12 CBC with plts PT, PTT UA } →	Pre-op value on charts	Specimen to Surgical Path		PCV		
Tests	History & physical CXR EKG if > 50 yrs or indicated by history	} Test results on chart					
Consults	Anesthesia →	Surgical Resident → Anes. Resident → Circulator for the case	Core Staff → PCM (prn) PACU Notified Pathologist	Surgeon		Reach to Recovery (call early w/ bra size) Assess need for HIR	
Meds/IV		IV access → Pre-op meds	Anesthesia drugs → Ancef 1 gm	Pain meds prn IV Antibotic IV (if requested) May D/C IV (if ordered)	Analgesic (IV, IM on PO)	PO analgesic	
Teaching/ D/C Plan	Procedure Plan of care VUMC orientation Consent signed	Reinforce pre op teaching Support to family • waiting room info • update phone call Support to pt • answer questions • comfort		Volurex →	TCDB Request pain med if not PCA Assess home situation/primary care giver	Drain care (empty, reactivate, record output & change dressing q d) Request pain med	Post mastectomy teaching Exercises How to take care of arm F/U Reach to Recovery Review drain care, meds, activity, reportable S/Sx, precautions Complete "patient discharge list" sheet
Patient Flow	H&P MD office Labs: Pre adm testing CXR: Radiology EKG: Heart Station	HR →	To OR suite →	PACU	9S		
Equipment & Supplies		IV start kit Anes supplies X-ray folder on bed	Case cart Bovie Padded armboard OR supplies JP drains x 2 PACU stretcher	Respirator equipment	IMED		Schedule F/U 5-7 days post op to remove drains

Mastectomy Modified Radical
6/2/94
General Surgery 1

شکل ۶ـ۱۷

PAGE: 1
DATE: 7/03/06
EST LOS: 3
Additional Da:

VANDERBILT UNIVERSITY MEDICAL CENTER
COLLABORATIVE PATHWAY REPORT

Mastectomy - Modified Radical

PATIENT, TEST
ACCT# 111111111111 MR# 222222222
AGE: 66 YRS DOB: 1/01/1940
ADM DT: 7/03/2006 9228 GNS
DR: REYNOLDS, VERNON

NHO: T > 101.5°, SBP < 90 > 180, DBP < 50 > 110, P < 60 > 120 , R < > .
UOP < 240 ml/shift

Day # 1, Day of Operation

DATE: ___/___/___

* * * INTERMEDIATE GOALS * * * (* > Key Goal)

Voids without difficulty
Temperature < 101°
Dressing dry intact

Incision w/o S/Sx of infection
Pain controlled
Drains patent & functioning

** CONSULT **

** EQUIPMENT **
IV pump
SCDs/TEDs

** ACTIVIT **
OOB to chair in pm

** MEDICATIONS **
IVF
IV-ABX
Analgesic

** NUTRITION **
Clear liquids when
..fully awake then
..ADV to REG as tol

** TESTS/LABS **

** D/C PLAN **
Nursing Adm Database
Assess home situatn/
...primary caregiver

** TREATMENTS **
VS q 8° I&O
No BP/needlesticks
...in ___ arm (sign)
Dressing ck q 8°
Drain to self suct-
..chg dr drsg QD&PRN
.. empty/rec q 8°&PRN

** TEACHING **
TCDB
Request pain med

Day # 2 (Post op Day 1)

DATE: ___/___/___

* * * INTERMEDIATE GOALS * * * (* > Key Goal)

Reach to Recovery referral is made
Tolerates reg diet w/o difficulty
Pain controlled

Incision w/o S/Sx of infection
Temperature < 101°
Drains patent & functioning

** CONSULT **
Reach to Recovery
..please call early
..this am (327-0991)

** EQUIPMENT **
SCDs/TEDs

** ACTIVIT **
OOB to chair
Ambulate in hall tid

** MEDICATIONS **
Saline lock w/1 po
Analgesic
Anti-emetic

** NUTRITION **
Clear Liquids
Advance to regular

** TESTS/LABS **
PCV

** D/C PLAN **
Call Reach to
...Recovery early am
...with bra size
Assess need for HHE
..coordinate w/CNS

** TREATMENTS **
VS q 8° I&O
No BP/needlesticks
...in ___ arm
Inc/Dressing ck q 8°
Drain to self suct-
..empty/rec q 8°&PRN
..chg drsg QD & PRN

** TEACHING **
Drain care (empty,
...reactivate, rec
...output) &
..dressing change QD

Day # 3, POD 2

DATE: ___/___/___

* * * INTERMEDIATE GOALS * * * (* > Key Goal)

Drains patent & functioning
Incision w/o S/Sx of infection
Demonstrates drain care

Temperature < 101°
Pain controlled
Discharge instructions/plan complete

** CONSULT **

** EQUIPMENT **
TEDs

** ACTIVIT **
AMB halls QID

** MEDICATIONS **
Saline lock-d/c
Analgesic

** NUTRITION **
Regular

** TESTS/LABS **

** D/C PLAN **
Discharge today
Complete "Pt Dischg
..Instruction" sheet
Rx
Appt

** TREATMENTS **
VS q 8° I&Os
No BP/needlesticks
...in ___ arm
Drain to self suctn
..empty/rec q 8°&PRN
..chg dr drsg QD&PRN

** TEACHING **
Review drain care,
...meds, activity,
...reportable s/sx
Precautions

شکل ۷ـ۱۷

VANDERBILT UNIVERSITY MEDICAL CENTER
DATE: 7 / 5 / 06
FLOWSHEET PAGE 2

COLLABORATIVE PATHWAY: Mastectomy - Modified Radical
Day # 2 (Post op Day 1)

PATIENT, TEST
ACCT# 111111111111 MR# 222222222
AGE: 66 YRS DOB: 1/01/1940 9228 GNS
DR: REYNOLDS, VERNON ADM DT: 7/03/06

Category	Item				
CONSULT	Reach to Recovery				
	..please call early				
	..this am (327-0991)	✓ 8³⁰ AB			
EQUIPMENT	SCDs/TEDs	✓ AB			
ACTIVITY	OOB to chair	8³⁰ AB			
	Ambulate in hall tid	8⁴⁵ AB	16⁰⁰ CD	23⁰⁰ EF	
TESTS/LABS	PCV	7¹⁰ ✓ AB			
D/C PLAN	Call Reach to	8³⁰ AB			
	...Recovery early am				
	...with bra size				
	Assess need for HHR	8⁵⁰ AB			
	..coordinate w/CNS				

Category	Item				
NUTRITION	Clear liquids	8¹ AB			
	Advance to regular	12³⁰ AB	17³⁰ CD		
TREATMENTS	VS q 8° 1&O				
	No BP/needlesticks	✓ AB	✓ CD	✓ EF	
	...in rt_ arm				
	Inc/Dressing ck q 8°	8 AB	16²⁰ CD	22⁰⁰ EF	
	Drain to self suct-				
	...empty/rec q 8°&PRN				
	..chg drsg QD & PRN	8⁵⁰ ✓ AB			
TEACHING	Drain care (empty,	8³⁰ AB	11⁵⁰ AB	20³⁰ CD	
	...reactivate, rec				
	...output) &				
	..dressing change QD				

* * * * * INCIDENTAL ORDERS * * * * *

chemsticks BID				

SIGNATURE			SIGNATURE		
SIGNATURE	Alice Boyd RN	AB	SIGNATURE	Ellen Fisk RN	EF
SIGNATURE	Carol Davis RN	CD	SIGNATURE		

شکل ۸ـ۱۷

VANDERBILT UNIVERSITY MEDICAL CENTER
DATE: 7/5/06
FLOWSHEET PAGE 3
COLLABORATIVE PATHWAY: Mastectomy - Modified Radical
Day # 2 (Post op Day 1)

PATIENT, TEST
ACCT# 111111111111 MR# 222222222
AGE: 66 YRS DOB: 1/01/1940 9228 GNS
DR: REYNOLDS, VERNON ADM DT: 7/03/06

ALLERGIES: penicillin

PREVIOUS DAY'S ACTIVE GOALS	Temperature < 101°
TODAY'S PATHWAY GOALS (* = Key Goal)	Reach to Recovery referral is made ✓AB Tolerates reg diet w/o difficulty ✓EF Pain controlled ✓EF Incision w/o S/Sx of infection ✓EF Temperature < 101° ✓EF Drains patent & functioning ✓EF

Time		8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
Activity		bed	ch	ch	amb	bed	amb	bed	→	→	→	→	→
Comfort	Scale												
Sal lock	flush q8												
Trach	Care												
Saline	lavage												
Suction	trach												
Tubefeed	residual												
NGT pH													
Neuro	Pupils												
	React												
	EyesOpen												
Verbal	Response												
Motor	Response												
Strength	RUE/LUE												
Strength	RLE/LLE												

Linen c	834 BB	Bath	A 835 BB	Mouth	✓BB	Skin	✓BB	Perineal	✓BB

****** SHIFT ASSESSMENTS ******

** TIME/INITIALS **	815 AB	1510 CD	2030 EF	** TIME/INITIALS **	815 AB	1510 CD	2030 EF
1. NEUROLOGICAL	✓	✓	✓	8. IV SITE	✓	✓	✓
2. CARDIOVASCULAR	✓	✓	✓	9. INCISION	✓	✓	✓
3. PULMONARY	✓	*	*	10. DRAINS	✓	✓	✓
4. MUSCULOSKELETAL	✓	✓	✓	11. PSYCHOSOCIAL	✓	*	→
5. GASTROINTESTINAL	✓	✓	✓	12. SAFETY	✓	✓	✓
6. GENITOURINARY	✓	✓	✓	13. COMFORT	✓	✓	✓
7. INTEGUMENT	✓	✓	✓				

IV SITE: LOC/TYPE	RFA/PIV	COLLABORATIVE PATH REVIEW	EF

SIGNATURE	Alece Boyd, RN	AB	SIGNATURE	Betty Brown CP	BB
SIGNATURE	Carol Dawn, RN	CD	SIGNATURE		
SIGNATURE	Ellen Fisk RN	EF	SIGNATURE		

✓ = No significant finding
* = Significant finding see note
-> = No change from last significant finding

شکل ۸ـ۱۷ (ادامه)

ثبت تغییرات (اختلافات)

هنگامی که بیمار به برآیندها و نتایج مورد انتظار خود نمی‌رسد و یا یک مداخله طراحی شده در روش ادارهٔ مورد اجرا نمی‌شود این تغییرات در فرم مخصوصی ثبت می‌شود. استفادهٔ معمول از فرم مخصوص برای ثبت این مغایرت شامل حوادث غیر منتظره، عامل حادثه، اعمالی که در پاسخ متقابل نسبت به حادثه انجام می‌شود و برنامه‌ریزی ترخیص در زمان مقتضی و مناسب می‌باشد. احتمال دارد تغییرات ثبت شده بر روی کیفیت مراقبت، هزینه یا طول مدت اقامت تأثیر داشته باشد.

میله داونگ خانمی که دچار پیشرفت عفونت در زخم خود شده بود را به یاد بیاورید. بعد از جراحی شکم، شکایت از عفونت یک پیش‌آمد طبیعی یا قابل انتظار نمی‌باشد. بنابراین استفاده از مدل مدیریت مورد، پرستار نیاز دارد تا این برآیند غیر قابل انتظار را با فرم تغییر ثبت نماید.

ثبت رایانه‌ای گزارش

با افزایش روزافزون تعداد مؤسسات مراقبتی بهداشتی سیستم‌های فراگیر رایانه‌ای در ثبت گزارش پرستاری بیمار انقلابی عظیم نموده‌اند (شکل ۹ـ۱۷).

ظرفیت‌های رایانه‌ای در ثبت اعمال پرستاری عبارتند از:

(۱) قرار دادن ابزار ارزیابی برای پذیرش بیمار در صفحه نمایش رایانه و دسترسی سریع به اطلاعات بیمار

(۲) توسعه برنامه مراقبتی با استفاده از برنامه‌های مراقبتی رایانه‌ای انجمن تشخیص‌های پرستاری شمال آمریکا که در دسترس می‌باشد.

(۳) اضافه کردن اطلاعات جدید مشخص شده به اطلاعات پایه بیمار و تعدیل برنامه مراقبتی بر اساس یافته‌های جدید

(۴) دریافت لیست کاری که درمانها، فرآیندها و دارودرمانی ضروری برای بیمار را در طی مدت شیفت نشان می‌دهد.

(۵) ثبت گزارش مراقبت از بیمار بلافاصله پس از انجام کار در کنار تخت وی از طریق شبکه رایانه‌ای انجمن پرستاران آمریکا

جهت توسعه گزارش‌نویسی رایانه‌ای بیمار ابزار اختصاصی در اختیار دارند که این ابزار در پاسخ متقابل به توصیه‌های مؤسسات پزشکی که ثبت گزارشات بیمار را بر اساس سیستم رایانه‌ای انجام می‌دهند تهیه شده است این ابزار توسط تمامی ارایه دهندگان سیستم‌های بهداشتی مراقبتی در سطح ملی و گسترده مورد تأیید می‌باشد. به عنوان اولین گام در اصلاح بایستی به خاطر سپرد که زمانی ارزشیابی مراقبتی مؤثر می‌باشد که تمرکز اولیه بر روی



شکل ۹ـ۱۷

اهداف قابل انتظار بیمار باشد. هنگامی که پرداخت هزینه بهداشتی مراقبتی و یا مدیریت منابع مالی مطرح می‌گردد این تمرکز نیز شدیدتر می‌شود و توسعه استانداردها سنجش نتایج را برای تمامی سازمانهای مراقبتی بهداشتی اجتناب‌ناپذیر می‌نماید. ارزشیابی نتایج یکی از مهمترین تستهای گزارش مؤسسات مراقبتی بهداشتی برای مددجویان خواهان این سرویس‌ها بوده و در اداره محیط و مراقبت حائز اهمیت می‌باشد. کلید مناسب جهت توسعه اطلاعات و دستیابی بهتر به نتایج توجه به مدل حداقل مجموعه اطلاعات می‌باشد. این طبقه‌بندی اختصاصی اطلاعات از تعاریف یکسان برای ایجاد یک زبان مشترک استفاده نموده تا بدین ترتیب استفاده کنندگان مختلف این اطلاعات و تیم‌های مراقبتی بهداشتی به راحتی از این اطلاعات استفاده نمایند.

مجموعه حداقل اطلاعات پرستاری به ۳ بخش تقسیم و طبقه‌بندی شده است:

- اجزاء مراقبت پرستاری (مانند تشخیص‌ها و مداخلات پرستاری)
- اجزاء اطلاعات دموگرافیکی بیمار (مانند جنس، زمان تولد و نژاد)
- اطلاعات مربوط به خدمات (مانند اطلاعات لازم برای پذیرش و ترخیص و انتظارات پرداخت کنندگان هزینه‌های خدماتی).

توسط ثبت رایانه‌ای گزارش، می‌توان بیشترین اطلاعات را در قالب فرمی استاندارد بین بیشتر ارایه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی توزیع نمود و این امکان به مراقبت دهندگان اجازه می‌دهد اطلاعات را به شکلی واحد به دست آورده و به راحتی پیشرفت سیر بهبودی بیمار را ارزشیابی نمایند.

در کنار پیگیری سیر بهبودی فردی بیمار می‌توان اطلاعات رایانه‌ای شده تشخیص‌های یک بیمار شبیه به بیمار مورد مراقبت را با یکدیگر مقایسه کرد. نتایج حاصل از این مقایسه در پژوهش، آموزش و تخمین اعمال پرستاری با کارآیی بیشتر و بهتر مؤثر خواهد بود (ایگلند ۱۹۹۵).

افزایش استفاده از سیستم‌های اطلاعاتی رایانه‌ای در نگهداری و تجزیه و تحلیل اطلاعات بیمار ضرورت توسعه فرآیندها و خط مشی‌هایی را که محرمانه و خصوصی نگهداشتن اطلاعات را تضمین می‌نمایند خاطر نشان می‌سازد. البته بایستی خط مشی‌ها با توجه به نوع اطلاعات بیمار کاملاً اختصاصی باشد تا توسط هرکسی و به هر منظوری مجدداً قابل بدست آوردن باشد.

رضایت بیمار برای استفاده و آزاد کردن هر اطلاعاتی که به بیمار وابسته است ضروری می‌باشد. جهت روشن و شفاف شدن استفادهٔ مناسب و ایمن از گزارشات رایانه‌ای از چارت آموزشی همراه فصل استفاده نمایید که در کادر ۳-۱۷ مشخص شده است.

استفاده از فرمهای مخصوص برای ثبت گزارش پرستاری

هنگامی که فرآیند پرستاری به طور کامل اجرا می‌شود گزارش پرستاری درمانهای جاری در فرمهای مخصوص دائمی بیمار شامل فرمهای زیر ثبت می‌گردد:

ارزیابی مقدماتی پرستاری

فرم مخصوصی که جهت ثبت اطلاعات پایه کسب شده از ارزیابی فیزیکی و تاریخچه پرستاری استفاده می‌شود در فصل ۱۲ نشان داده شده است. دقت در ثبت این اطلاعات بسیار با اهمیت است زیرا این اطلاعات پایه‌ای را برای مقایسه تغییرات شرایط بیمار در آینده مهیا می‌نماید.

به گذشته فکر کنید به جیسون چندلر جوانی که توسط پلیس از پاسگاه به واحد اورژانس منتقل شده بود. بدلیل ماهیت پذیرش بیمار ارزیابی پرستاری کامل غیر مقتضی است. بهرحال پرستار نیاز دارد بیمار را از نظر نشانه‌های عینی و علایم پوشیده‌ای که نشاندهنده مشکلات ناشی از بلع داروها است بررسی نماید. بعداً در زمانی مناسب وقتی که مشکل بیمار حل شد اخذ تاریخچه و معاینات فیزیکی انجام خواهد شد.

کادر ۳-۱۷. ثبت ایمن گزارش در رایانه

انجمن پرستاران آمریکا، انجمن ثبت گزارش طبی آمریکا و انجمن پرستاران کانادا راهبردها و استراتژیهای زیر را برای ثبت گزارش ایمن در رایانه پیشنهاد می‌نمایند:

- هرگز کلمه رمز یا امضاء خاص خود جهت ورود به رایانه را در اختیار دیگران قرار ندهید این شامل پرستاران دیگر بخش‌ها و پرستار رزرو یا پزشک نیز می‌شود.
- بعد از این که رایانه آماده کار شد آن را ترک نکرده و در اختیار افراد غیر متخصص قرار ندهید.
- بر طبق پروتوکل صحیح برای تصحیح اشتباهات عمل نمایید. بعد از این که اشتباه مشخص و نگهداری شد آن را اصلاح نموده و کلمه «اشتباه» را به اطلاعات صحیح اضافه کنید و اطلاعات جدید را وارد کنید.
چنانچه شما اطلاعات را در چارت اشتباه ثبت نمودید کلمه «اشتباه» ـ «چارت غلط» را ذکر کنید.
- مطمئن شوید که اطلاعات ثبت شده ذخیره گردیده است مجدداً فایل را کنترل نمایید. این کنترل در ایمنی اطلاعات بسیار با اهمیت است. چنانچه سهواً بخشی از گزارشات ثبت شده دائمی را پاک کردید توضیح لازم را در فایل مربوط نایب نمایید و تاریخ و زمان آن را مشخص کنید سپس یک نسخه از توضیح اشتباه مربوطه را به ریاست تحویل نمایید.
- هنگامی که مونیتور (نمایشگر) رایانه اطلاعات بیمار را نشان می‌دهد. رایانه را ترک نکنید بدلیل این که ممکن است دیگران این اطلاعات را مشاهده نمایند. از هر فایل اطلاعاتی رایانه‌ای که کپی تهیه کردید یک نسخه از آن را نگه دارید.
- هرگز جهت فرستادن اطلاعات حفاظت شده طبی از پست الکترونیکی استفاده نکنید مگر این که از عدم دستیابی افرادی که صلاحیت لازم را ندارند مطمئن گردید.
- برای محرمانه نگه داشتن اطلاعات حساس قوانین مؤسسه را در این ارتباط رعایت نمایید مانند تشخیص نقص سیستم ایمنی اکتسابی یا بیماری ایدز (HIV).

کاردکس و فرم خلاصه مراقبت بیمار

بیشتر مؤسسات و انستیتوهای بهداشتی جهت برقراری ارتباطی مناسب و راحت و دسترسی به خلاصه برنامه مراقبت پرستاری هر بیمار از کاردکس برنامه مراقبتی استفاده می‌نمایند. کاردکس ثبت گزارش بر روی یک کارت تا شده می‌باشد که در مرکز فایل نگهدارنده کاردکس طوری قرار می‌گیرد که به راحتی قابل دسترس باشد سرانجام برنامه مراقبتی در برگ ثبت سلامتی بیمار قرار داده می‌شود. خارج و بالای کارت (بخش درمان و فعالیت) شامل اطلاعات پایه مانند تشخیص و زمان پذیرش و توصیه‌ها در ارتباط با سطح فعالیت، رژیم غذایی، علایم حیاتی تستهای تشخیصی، دارودرمانی و پروسیجرها و درمانهای دیگر می‌باشد. پایین و داخل کاردکس شامل برنامه مراقبت پرستاری بخصوص تشخیص‌های پرستاری و مشکلات سلامتی مداخلات

پرستاری و پی‌آمدهای وابسته و احتیاطهای ایمنی مخصوص می‌باشد. هم اکنون بعضی از مؤسسات دارای سیستم رایانه‌ای هستند که آنها را قادر می‌سازد برای هر شیفت اطلاعات مشابهی را در فرم مخصوص خلاصه مراقبت بیمار تولید نمایند.

برنامه مراقبت پرستاری[1]

گزارش بیمار بایستی بیان کننده مشکلات بیمار یا تشخیص‌های وی، اهداف وابسته، برآیندهای مورد انتظار و مداخلات و سیر بهبودی یا حل مشکلات باشد. برنامه مراقبت پرستاری ممکن است بطور جداگانه نوشته شود و یا ترکیبی از چند برنامه باشد. در برنامه‌های سنتی مراقبت پرستاری، تشخیص‌های پرستاری، اهداف و برآیندهای مورد انتظار و مداخلات پرستاری برای هر بیمار نوشته می‌شود (نمونه برنامه یک دانشجو را در فصل ۱۴ ببینید همچنین می‌توانید برنامه‌های مراقبتی را در پایان هر فصل نگاه کنید).

برنامه‌های مراقبتی استاندارد شده ممکن است جهت بررسی گروهی از بیماران انتخاب شده برای تعیین مشکل معمول و مراقبت‌های وابسته استفاده شود. این برنامه‌ها عموماً ترکیبی از استانداردهای مراقبتی با کیفیت بالا می‌باشد اما در مواردی که برنامه مراقبتی شخصی و فردی است این احتمال وجود دارد که بطور کامل جوابگوی نیازهای فردی بیمار نباشد. فرمهای مخصوص متنوعی برای برنامه‌های مراقبتی وجود دارد.

راهکارهای ویژه[2]

برنامه اداره موردی، برنامهٔ مراقبتی است که جزء به جزء و استاندارد شده برای گروهی از بیماران با پروسیجرها و تشخیص‌های طراحی شده مشخص توسعه یافته است. این برنامه شامل برآیندهای مورد انتظار، لیست مداخلاتی که بایستی انجام شود و ترتیب توالی و زمان انجام مداخلات می‌باشد. روش همکاری بوسیله راهکارهای ویژه در شکل ۱۷.۶ و فصل ۱۴ نشان داده شده است که شامل خلاصه‌ای از علایم اختصاری، اطلاعات کلیدی که بیشتر در برنامه مراقبت موردی استفاده می‌شود می‌باشد.

یادداشتهای سیر بهبودی

هدف از یادداشتهای سیر بهبودی دادن آگاهی لازم به مراقبت دهندگان در ارتباط با چگونگی دستیابی به اهداف قابل انتظار می‌باشد روشی که برای ثبت یادداشتهای سیر بهبودی بیمار استفاده می‌شود به سیستم گزارش نویسی موجود بستگی دارد. مثالهایی معمول شامل یادداشتهای تفصیلی پرستاری، یادداشتهای SOAP، یادداشتهای PIE، تمرکز بر ثبت گزارش، ثبت گزارش استثناء و چارتهای حیاتی می‌باشد. مزایا و مضرات هر روش در جدول ۱۷.۵ لیست شده است.

چارتهای حیاتی[3]

چارتهای حیاتی ابزار ثبت گزارش هستند که در گزارش جنبه‌های مختلف مراقبت پرستاری به شکلی جاری استفاده می‌شوند در شکل ۱۷.۱ و ۱۷.۸ مثالهایی نشان داده شده است.

ثبت ترسیمی (بالینی)[4]

چارتهای ترسیمی فرمهایی هستند که جهت ثبت متغیرهای اختصاصی بیمار استفاده می‌شوند. مانند: نبض، میزان تنفس، فشار خون، دمای بدن، وزن، جذب و دفع مایعات، حرکات دودی روده و صفات ویژهٔ دیگر بیمار (شکل ۱۰-۱۷).

ثبت ۲۴ ساعته تعادل مایعات

فرمهای مخصوصی برای ثبت ۲۴ ساعته مایعات جذب شده و دفع شده بیماری با نیازهای اختصاصی وجود دارد. این فرمها شامل تمامی مایعات جذب شده و دفع شده در مدت یک شیفت یا روزانه می‌باشد نمونه‌ای از این ابزار در فصل ۴۶ کتاب اصلی نشان داده شده است.

ثبت دارو درمانی[5]

ثبت و گزارش دارو درمانی بایستی شامل ثبت تمامی جنبه‌های تجویز دارو به بیمار باشد که عبارتند از: دارو، دُز، راه تجویز و زمان تجویز دارو. پرستاری که دارو را تجویز کرده است برای بعضی از داروها مانند ضد دردها دلیل تجویز و میزان تأثیر دارو را نیز بایستی ثبت نماید. نمونه‌هایی از ثبت دارو درمانی در فصل ۲۹ کتاب اصلی نشان داده شده است.

ثبت گزارشات ۲۴ ساعته مراقبت از بیمار و فرمهای ثبت ویژه در چارتهای حیاتی مورد استفاده در شکلهای ۱۷.۱ و ۱۷.۸ نشان داده شده است از این چارتها غالباً برای ثبت جنبه‌های معمول و روتین مراقبت‌های پرستاری در مدت ۲۴ ساعت استفاده می‌شود چنانچه این فرمها خوب طراحی شده باشند. پرستاران را قادر می‌سازد تا تمامی جنبه‌های معمول مراقبتی را با سرعت ثبت نمایند. این عامل سبب ارتقاء دستیابی به اهداف

1- plan of Nursing care
2- critical pathways
3- Flow sheets
4- Graphic (clinical) Record
5- Medication Record

جدول ۵ـ۱۷. مزایا و معایب فرمهای مختلف ثبت گزارش

فرم	مزایا	معایب
یادداشتهای تفصیلی	یادداشتهای تفصیلی به پرستاران اجازه می‌دهد شرایط، موقعیت یا واکنشها را با واژه‌های قابل درک توصیف نماید.	اتلاف وقت و اشکال در خواندن، یادداشتهای تفصیلی و پیدا کردن مشکل خاص، نکته‌ای در درمان و واکنش متقابل بیمار در روز یا هفته‌ای خاص
یادداشتهای SOAP (اطلاعات ذهنی، اطلاعات عینی، ارزیابی، قضاوت و برنامه)	قرار گرفتن فهرست مشکلات در روی پرونده بیمار و آگاهی همه مراقبت دهندگان از اولویتهای بیمار. مراقبت و ثبت گزارش مراقبت باتمرکز بر مشکل بیمار دستیابی آسان به اطلاعات در نتیجه تسهیل در مرور کیفیت مراقبت و پژوهش افراد حرفه‌ای مختلف با نظمهای متفاوت بطور یکسان گزارش سیر بهبودی را ثبت می‌نماید.	سطح توانایی و سازگاری افراد مراقبت کننده از بیمار در سازماندهی اطلاعات در فرم SOAP متفاوت می‌باشد. تمرکز بر روی مشکل ممکن است سبب کاهش تلاش بیماران برای حل مشکلات گردد. نگهداری لیست مشکلاتی تمیز و جدید سبب مراقبت‌های روتین و تکراری از بیمار می‌گردد.
PIE (مشکل، مداخله، ارزشیابی)	سازگاری فرم SOAP با فرآیند پرستاری بدون یک برنامه مراقبتی مجزا و رسمی در این روش از زمان حداکثر استفاده شده و در وقت صرفه‌جویی می‌گردد زیرا پرستار مجبور به ایجاد برنامه‌ای جدید نمی‌باشد.	به دلیل عدم وجود برنامه مراقبتی رسمی چنانچه پرستاران بخواهند مداخلات مؤثر باشد بایستی جهت آماده کردن برنامه مراقبتی تمامی یادداشتهای پرستاری را خوانده تا مشکلات را تعیین نموده و سپس بر اساس مشکلات برنامه مداخلات را مشخص و ارزشیابی مناسبی انجام دهند.
ثبت گزارشات بصورت متمرکز	هر ثبت گزارشی با الگوی DAR یک مزیت است زیرا طبقه اطلاعات، عملکرد و پاسخ متقابل نیازی به تمرکز در هر مورد ندارد. اجزاء DAR را می‌توان بطور مجزا یا خارج از توالی ذکر نمود.	بیشتر پرستاران در ثبت گزارش بوسیله جداسازی اطلاعات در الگوی طبقه‌بندی DAR مشکل دارند به نظر می‌رسد بخش نتیجه مشکل داشته باشد زیرا بعضی از پرستاران گزارش می‌نمایند نتایج حاصل از بررسی اطلاعات مشکلات را مشخص می‌نماید تا بررسی برآیندهای مورد انتظار مراقبتی بعد از انجام مداخلات پرستاری برای بیمار را.
ثبت گزارش استثناء	می‌توان وضعیتهای غیر طبیعی را خیلی سریع مشخص نمود و با ثبت گزارشهای تفصیلی بسادگی آن را اصلاح کرد.	در این روش اعمال پیشگیری و ارتقاء وضعیت سلامت پرستاری در فرمی ثبت نمی‌گردد زیر آنها به مشکلات اشاره نمی‌کنند.
ثبت گزارش استثناها	فرمهای ثبت گزارش حیاتی عوامل مؤثر در شرایط اختصاصی بیمار را نشان می‌دهند. راهبردهای اختصاصی مهیا می‌گردد اما فقط برروی اطلاعاتی استاندارد، مختصر و وابسته به ارزیابی موارد طبیعی و نتایج قابل انتظار بحث می‌گردد. زمان ثبت گزارشات در این روش کاهش می‌یابد زیرا مراقبت‌های استاندارد در یادداشتهای تفصیلی ثبت نمی‌شود و از دوباره کاری در ثبت پیشگیری می‌گردد این نتایج دراین روش ثبت سبب گزارش به موقع می‌گردد.	این سیستم توانایی پیش بینی و تعریف نتایج و برآیندهای مورد انتظار را دارد که البته در بعضی از بیماران نسبت به بیماران دیگر این پیش‌بینی بسیار مشکل می‌باشد. اشکال زیاد در رایانه‌ای کردن گزارش
الگوی اداره موردی بیمار	استفاده کارآمد از زمان به دلیل این که هر روز انتظار بیمار در طرح مراقبت نوشته می‌شود افزایش احتمال مرخص شدن بیمار در زمان تعیین شده و به موقع مراقبت بر روی هدف متمرکز شده و همین عامل سبب افزایش احتمالی کیفیت مراقبت خواهد شد. ارتقاء همکاری، ارتباطات و کار گروهی توسط مراقبت دهندگان	برای بیمارانی با یک یا دو تشخیص با کمی عوارض مؤثر بوده و برای بیمارانی با چندین تشخیص مفید نمی‌باشد. فضای لازم برای ثبت گزارش در روش راهکارهای ویژه محدود بوده و به احتمال زیاد نوشتن گزارش ناخوانا خواهد بود. فضا برای نوشتن هر فرد به تفکیک محدود است بایستی برای ثبت گزارش مراقبت از یادداشتهای تفصیلی مجزا استفاده نماید. جهت دستیابی به تصویری که بیان کننده شرایط بیمار باشد باید تمامی چارتهای مداخلات حیاتی، یادداشتهای پرستاری و راهکارهای ویژه مرور گردد.

بیمار، ایمنی و خوب بودن وی می‌گردد. استفاده از گزارشات ۲۴ ساعته به همراه گزارش ویژه رو به افزایش است. این گزارش به پرستاران اجازه می‌دهد تا بیماران را با توجه به شرایط و نیاز به کمک در پرستاری و مداخلات آنها یا در گروه بیماران دارای مشکلاتی با شدت کم یا زیاد قرار دهند. بیماری که ضربه‌ای به وی وارد شده فردی است که به طور ناگهانی و سریع ممکن است تغییر شرایط داده و نیاز به کنترل و مداخلات شدید پرستاری داشته باشد وی این استحقاق را دارد که در مقایسه با بیمارانی که وضعیت ثابت‌تری دارند در گروه بیماران با مشکلات حاد و شدید قرار گیرد. تعیین این وضعیت غالباً برای مشخص کردن نیاز پرسنلی استفاده می‌شود. واحد پرستاری با بیماران حادتر در مقایسه با واحد پرستاری با بیمارانی با شرایط ثابت‌تر به پرستاران حرفه‌ای بیشتر نیاز دارد.

VANDERBILT UNIVERSITY MEDICAL CENTER

GRAPHIC SHEET

PATIENT, TEST
ACCT# 111111111111 MR# 222222222
DOB: 1/01/1940 AGE: 66 YRS
ADM DT: 7/03/06 9228 GNS
DR: REYNOLDS, VERNON

TODAY'S WEIGHT: 132	YESTERDAY'S INTAKE: 2550	
YESTERDAY'S WEIGHT: 132.5	YESTERDAY'S OUTPUT: 2350	YESTERDAY TEMP MAX: 994

DATE:	7/5/06			
TIME:	8	1519	1820	2213
INITIALS:	AB	CD	CD	EF
105° – 96° (A = Axillary, R = Rectal; 99° (normal); Circle pulse if apical (below))				
PULSE	84	92		78
RESPIRATIONS	16	20		16
SYST. BLOOD PRESSURE	120	132		124
DIAST BLOOD PRESSURE	84	80		86
L=LIE, S=SIT, T=STAND	L	L		L
O^2 SATURATION				

SIGNATURE	Alice Boyd, RN	AB	SIGNATURE		
SIGNATURE	Carol Dawn, RN	CD	SIGNATURE		
SIGNATURE	Ellen Fisk, RN	EF	SIGNATURE		

شکل ۱۰_۱۷

VANDERBILT UNIVERSITY MEDICAL CENTER
DATE: 7/5/06

I & O SHEET

PATIENT, TEST ADM: 7/03/06
ACCT# 111111111111 MR# 222222222
DOB: 1/01/1940 AGE: 66 YRS
DR: REYNOLDS, VERNON 9228 GNS

T = Tubing Change
▲ = Dressing Change
D = Diuretic
+ = Positive Blood
- = Negative Blood

TIME	INIT	SITE✓	INTAKE: D5½NS c 30K	INTAKE: Meds	INTAKE: PO	OUTPUT: urine	OUTPUT: JP#1	OUTPUT: JP#2	OUTPUT: BM
0700									
0800	AB	✓	240/60		400	200			
0900									T
1000	AB	✓	180/60	50	100				
1100									
1200	AB	✓	120/60		400				
1300						400			
1400	AB	✓	60/60	50			15	25	
			240	100	900	600	15	25	
Shift Cumulative Total (Intake)			1240			Shift Cumulative Total (Output)	640		
1500									
1600	CD	✓	T 1000/60			400			
1700									
1800	CD	✓	930/70	T 100	240				
1900									
2000	CD	✓	880/50		100				
2100						500			
2200	CD	✓	820/60	50			15	30	
			240	150	340	900	15	30	
Shift Cumulative Total (Intake)			730			Shift Cumulative Total (Output)	945		
2300						400			
2400	EF	✓	770/60	50					
0100									
0200	EF	✓	705/65						
0300									
0400	EF	✓	650/55						
0500									
0600	EF	✓	580/60				10	25	
			240	50		400	10	25	
Shift Cumulative Total (Intake)			290			Shift Cumulative Total (Output)	440		
CUMULATIVE 24° TOTAL — INTAKE			2260			OUTPUT	2030		

SIGNATURE		SIGNATURE	
SIGNATURE		SIGNATURE	
SIGNATURE		SIGNATURE	

شکل ۱۰ـ۱۷ (ادامه)

خلاصه گزارش در زمان ترخیص یا انتقال[1]

هنگامی که بیماری مرخص می‌شود و یا از بخش و یا مؤسسه یا انستیتویی به مؤسسه دیگری منتقل می‌شود برای ادامه خدمات بالینی، اهداف درمانی، یافته‌های با اهمیت، پروسیجرهای اجرا شده و درمانهایی که بایستی انجام شود و شرایط بیمار در زمان انتقال یا ترخیص و هر آموزش اختصاصی لازم که بـه بـیمار و خانواده وی داده شده است بایستی بطور خلاصه و مختصر ثبت شود.

فیلیپ بارون مردی که تحت کولونوسکوپی قرار گرفته را در نظر بگیرید. پرستار جهت تکمیل فرم خلاصه در زمان ترخیص مسئول بوده و بایستی مطمئن شود که در فرم ترخیص به جنبه‌های آموزش بیمار و هـمسرش و درک آنها از آموزش توجه شده است.

ثبت مراقبت‌های بهداشتی در منزل

ثبت گزارش بازدید از منزل و مراقبت از بیمار در منزل با اهداف اختصاصی صورت می‌گیرد فرستادن پزشک فارغ التحصیل بـه منزل بیمار با درخواست پرستار برای دادن دستورات طبی برای ادامه درمان یکی از اهداف بوده و این گزارشات ادامه مراقبت را نیز تعیین می‌نماید. دومین هدف اختصاصی فرستادن شـخص ثالث پرداخت کننده که آنها نیاز برای ادامه مراقبت در مـنزل را تأیید نموده و در نتیجه پرداخت هزینه برای خـدمات ضـروری ادامه می‌یابد. برای مثال مراقبت طبی نیازمند مرور خلاصه سیر بهبودی نوشته شده جهت تعیین میزان دستیابی بیمار به نیازهای طبی مراقبتی زیر است:

- بیماری که در منزل محدود است هنوز به چه میزانی از مهارتی مراقبت‌های پرستاری نیاز دارد.
- استعداد بالقوه بیمار در بازتوانی خوب است (یا بیمار در حال مرگ است).
- وضعیت بیمار ثابت نمی‌باشد و شرایط ناپایداری دارد.
- سیر بهبودی بیمار منطبق بر برایندها و اهداف قـابل انـتظار مراقبتی می‌باشد.

برآیند مـورد انـتظار و مـجموعه اطـلاعات ارزیـابی گـروهی از اطلاعات هستند که:

- مشخص کننده نیازهای جامع فرد بالغ جهت مراقبت در منزل می‌باشد.
- فرمی اساسی جهت اندازه‌گیری دستیابی به برآیند مورد انتظار بیمار و بهبود کیفیت وضعیت دستیابی به اهداف است.

برآیند مورد انتظار مجموعه اطلاعات ارزیابی جزعی مهم در مراقبت در منزل جهت کنترل میزان دستیابی به برآیندهای مورد انتظار برای کارکنان مراقبتی بهداشتی محسوب می‌شود.

بطور کل می‌توان اظهار نمود که برآیندهای مورد انـتظار و مجموعه اطلاعات ارزیابی برای کنترل دستیابی به بـرآیـندهای مورد انتظار، ارزیابی بالینی، طراحی مراقبتی و دیگر کاربردهای داخلی مؤسسه بهداشتی مفید خواهد بود.

برآیندهای مورد انتظار و مجموعه اطلاعات ارزیابی شامل اطلاعات اجـتماعی و فـردی، مـحیطی، سـیستمهای حـمایتی، وضعیت سلامتی و وضعیت عملکرد فرد بالغ می‌باشد. در فصل ۱۰ نمونه‌ای از ثبت تأیید شده و یادداشتهای پرستاری در منزل نشان داده شده است.

ثبت گزارش مراقبت‌های طولانی‌مدت[2]

ثبت گزارش در سرویسهای مراقبتی طولانی‌مدت بوسیله ابـزار اختصاصی ارزیابی افراد تیم انجام می‌شود که به پرسنل کـمک می‌نماید تا اطلاعات قطعی را از نقاط قوت و نیازهای افراد تیم بدست بیاورند سپس می‌توان بر اساس این اطـلاعات بـرنامه مراقبتی اختصاصی فرد را طراحی نمود. ابزار اختصاصی ارزیابی افراد تیم به پرسنل کمک می‌نماید تا بوسیله ارزشیابی دستیابی به اهداف قابل انتظار فرد مقیم تغییرات در وضعیت سلامتی وی را پیگیری و برنامه مراقبتی طراحی شده را بـه شکـل مـقتضی اصلاح نمایند.

اهداف با تلاشهای گروهی تیم مراقبتی بهداشتی هماهنگ می‌گردد تا از دستیابی به بالاترین سـطح امکـان‌پذیر عـملکرد (کیفیت مراقبت) و نگهداری حس فردی آنها (کیفیت زنـدگی) اطمینان حاصل گردد. ابزار اختصاصی ارزیابی افراد مـقیم دارای ۴ جزء اساسی می‌باشد که در زیر به آنها اشاره شده است.

- مجموعه حداقل اطلاعات که منبعی برای غربالگری وضعیت بالینی و عملکرد عواملی است که پایه و اساس ارزیابی جامع تـمام افـراد مـقیم بـوده کـه در خـانه سالمندان مـراقبت طولانی‌مدت دریافت می‌کنند و گواهی است بر شرکت بیمار در برنامه طبی مراقبتی و درمانی.

تیترهای اطـلاعاتی در مـجموعه حـداقـل اطـلاعات ارتـباط استانداردی را با شرایط و مشکلات فرد مقیم ایجاد می‌کنند.

- واکنش که پاسخ متقابل اختصاصی افراد تیم به یک یا ترکیبی از چند عامل تشکیل دهنده حداقل اطلاعات می‌باشد که این عوامل سبب تعیین فاکتورهای خـطرزا در تـوسعه مشکـلات

1- Discharge and Transfer summary

2- Long-Term care Documentation

اختصاصی و ارزشیابی احتیاج بیمار به استفاده از پروتوکل ارزیابی افراد مقیم می‌گردد.

- پروتوکل ارزیابی افراد مقیم که ساختار آن چارچوب آگاهی از مشکلات برای سازماندهی مجموعه حداقل اطلاعات و امتحان اطلاعات بالینی اضافی مناسب در ارتباط با فرد مقیم می‌باشد. پروتوکل ارزیابی افراد مقیم به تعیین مشکلات اجتماعی، طبی، پرستاری و روانی کمک نموده و پایه‌ای را برای برنامه‌ریزی مراقبت فردی ایجاد می‌نماید.
- استفاده از راهبردهای اختصاصی که نحوه عملکرد ارزیابی را بیان نموده و به شما آموزش می‌دهد و چه زمانی از ارزیابی افراد مقیم استفاده نمایید.

قوانین جاری، ایالتی و قوانین مالی تیم‌های بهداشتی مراقبتی چگونگی اجرای ارزیابی افراد تیم را مشخص نموده است در این راستا برای افراد مقیمی که مراقبت طبی دریافت می‌نمایند و نیاز به مهارتهای ویژه پرستاری یا کمک در مراقبت‌های طبی و پرستاری دارند، همچنین افرادی که در سرای سالمندان اقامت دارند و افرادی که مدت کوتاهی فرصت اقامت دارند، کسانی که بیشتر از ۱۴ روز در مراکز تسهیل‌کننده مراقبت اقامت می‌نمایند، بایستی یک فرم ارزیابی افراد مقیم تکمیل گردد.

منافع استفاده از فرآیند ارزیابی (۱۹۹۸) افراد مقیم شامل موارد زیر است:

(۱) پاسخ متقابل افراد تیم به مراقبت‌های فردی

(۲) ارتباط پرسنلی مؤثرتر

(۳) افزایش مشارکت فرد مقیم و خانواده وی

(۴) ثبت گزارشات به نحوی واضح‌تر و شفاف‌تر

مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش

عوامل بالقوه قانونی که سبب بروز مشکلات مهم قضایی در ثبت گزارش پرستاری می‌گردد، در کادر ۴-۱۷ مشخص شده است. ایگلند و هین‌من (۱۹۹۵) محتوی و رئوس مطالب در ثبت گزارش و عواملی را که احتمال بروز مشکلات قانونی را در تهیه گزارش افزایش می‌دهند را مشخص نموده‌اند. هیچ پرستاری نمی‌تواند چنین اظهار نظری نماید که از قوانین، خط مشی و استانداردهای حرفه‌ای مؤسسه در زمینه ثبت گزارش پرستاری بی‌اطلاع بوده است.

گزارش شفاهی مراقبت[1]

گزارش شفاهی، انتقال اطلاعات دربارهٔ چیزهایی است که با آن روبرو می‌شویم، می‌بینیم، می‌شنویم، انجام می‌دهیم یا ملاحظه می‌نماییم. گزارش دادن کلامی به روشهای گفتاری، نوشتاری یا

کادر ۴-۱۷. مشکلات بالقوه قانونی در ثبت‌گزارش به عنوان سند

محتوای گزارشی که خطر ایجاد مشکلات قانونی را افزایش می‌دهد عبارتند از:
- محتوای گزارش با استانداردهای حرفه‌ای و سازمان مراقبتی بهداشتی تطابق نداشته باشد.
- محتوای گزارش منعکس کننده نیازهای بیمار نباشد.
- محتوایی که موقعیت‌های غیر عادی را توصیف نکند.
- محتوای کاملاً عمومی که ارزیابی و مداخلات پرستاری را ناقص منعکس نماید.
- محتوای گزارش ناقص یا بی‌ثبات
- محتوایی که نشان‌دهنده دستورات طبی مقتضی نباشد.
- محتوایی که به موقعیت‌های خطرزای احتمالی یا حقیقی اشاره نماید.
- محتوایی که بر گرایشها و یا نگرشهای متعصبانه دلالت نماید.

نکات دیگر در روش ثبت که می‌تواند سبب بروز مشکلات قانونی در گزارش نویسی شود:
- خط خالی بین خطوط ثبت شده در گزارش نویسی امضاء کردن گزارش تهیه شده پس از امضاء فرد دیگر
- تحریف گزارش
- وجود چند دست خط در تهیه یک گزارش یا پاک‌کردن گزارش
- ناخوانا بودن جملات گزارش نویسی
- در هم برهمی و کثیفی گزارش (بعضی از قانون‌دانان ثبت گزارشات در هم برهم را نشانه مراقبت در هم برهم می‌دانند)
- جا افتادن تاریخ و زمان در گزارش نویسی یا تهیه گزارش متناقض
- امضاء نادرست پرستار
- رونویسی اشتباهات (یادداشتهایی که کنار تخت بیمار ثبت می‌گردد سپس در پرونده وی رونویسی می‌شود. بطور مثال مشکلات شامل از دست دادن زمان بین وقوع حادثه و زمان ثبت حادثه و اشتباه مجدد در بازنویسی این اشتباه در پرونده بیمار)

ایگلند و هین من (۱۹۹۵) ثبت گزارشات پرستاری و گزارش شفاهی

رایانه‌ای می‌باشد که در واقع ارتباطی است که بوسیله آن اطلاعات بیمار به دیگران منتقل می‌شود. برای مثال یک گزارش آزمایشگاهی ممکن است به تیم مراقبتی بهداشتی اظهار نماید که آنزیمهای قلبی بیمار طبیعی است یا بیوپسی بافت پستان سرطانی و یا سلولها غیر طبیعی است. یادداشتهای پرستاری یا گزارش پرستاری شیفت نیز ممکن است چگونگی پیشرفت سیر بهبودی بیمار و میزان دستیابی به برآیندهای مورد انتظار وی را مشخص نماید. روشهای معمول برای گزارش دادن به افراد عضو تیم مراقبتی بهداشتی علاوه بر ثبت کتبی گزارش بیمار شامل موارد زیر نیز می‌باشد: مکالمات تلفنی، پیغام‌آورها، پیامهای کتبی، پیامهایی که بر روی نوار ضبط صوت قرار دارد و پیامهای رایانه‌ای و گزارش چهره به چهره. هرکدام از این روشها منافع و محدودیتهایی دارد که در جدول ۶-۱۷ مشخص گردیده است.

1- Reporting care

جدول ۶ـ۱۷. روشهای معمول برقراری ارتباط بین افراد حرفه‌ای تیم مراقبتی بهداشتی

روش	مزایا	معایب
ملاقات چهره به چهره	● پیام می‌تواند فوراً انتقال یابد. ● پیام‌های غیر کلامی نیز خیلی سریع منتقل می‌گردد. ● انتقال روشن پیام و پاسخ صریح به سؤالاتی که برای گیرنده پیام ایجاد می‌شود (بلافاصله پاسخ داده می‌شود)	● هر دو هم برقرار کننده ارتباط و هم گیرنده پیام بایستی در یک زمان در دسترس باشند. ● بطور معمول ثبت گزارش ثابتی برای استفاده بعدی وجود ندارد.
مکالمه تلفنی	● پیام می‌تواند فوراً انتقال یابد. ● انتقال روشن پیام به سؤالات مطرح شده توسط گیرنده پیام بلافاصله پاسخ داده می‌شود. ● دو طرف ارتباط نیاز ندارند در مکان یکسانی باشند.	● فقط تن صدا و تغییر آن در ارتباط نقش عمده‌ای دارد. ● پیامهای غیر کلامی منتقل نمی‌شود. ● بطور معمول ثبت دائم وجود ندارد.
نوشتن پیام	● پیام می‌تواند براحتی در زمان تعیین شده به افراد مشخص منتقل گردد. ● گزارش ثبت شده در دسترس می‌باشد. ● صرفه جویی در وقت چنانچه پیام قابل درک باشد.	● معمولاً فرستنده پیام قادر به ارزشیابی نتیجه پیام نمی‌باشد.
پیام توسط نوار ضبط صوت	● پیام به راحتی در زمان تعیین شده به افراد شرکت کننده در ارتباط منتقل می‌گردد. ● صرفه جویی در وقت چنانچه اطلاعات کامل باشد.	● معمولاً پیام توسط فرستنده قابل ارزشیابی نمی‌باشد.
پیام رایانه‌ای	● پیام را می‌توان حتی به مسافتهای طولانی بلافاصله منتقل کرد. ● نیازی به حضور شرکت کنندگان در ارتباط در مکانی یکسان نمی‌باشد. ● توسط پست الکترونیک نیز به عنوان راه دوم می‌توان ارتباط برقرار نمود. ● گزارشات ثبت شده در دسترس می‌باشد. ● بیشتر مردم می‌توانند در تبادل اطلاعات شرکت نمایند.	● پیامهای غیر کلامی نمی‌توانند منتقل شوند. ● آشکار شدن پیامهای محرمانه

گزارش تعویض شیفت (نوبت کاری)[1]

گزارش تعویض شیفت توسط پرستار اولیه به پرستار جایگزین یا توسط پرستار مسئول بخش به پرستاری که مسئولیت ادامه مراقبت از بیمار را عهده‌دار می‌گردد صورت می‌پذیرد. گزارش تعویض شیفت ممکن است به‌صورت نوشتاری، شفاهی و یا با استفاده از نوار ضبط صورت انجام شود. بیشتر پرستاران مسئول روشی را انتخاب می‌نمایند که در گزارشات تعویض شیفت توسط پرستاران منتقل می‌گردد شامل موارد زیر است:

● اطلاعات پایه شخصی در ارتباط با هر بیمار شامل: اسم، شماره اتاق و تخت

● ارزیابی جاری از وضعیت سلامت هر بیمار شامل: تغییرات در شرایط طبی بیمار (نتایج مطالعات تشخیصی) و پاسخ متقابل بیمار به درمانهای طبی و مشخص نمودن جایگاهی که بیمار از نظر تشخیصهای پرستاری و میزان دستیابی به اهداف قرار دارد.

● دستورات و توصیه‌های جاری (خصوصاً هر دستوری که جدیداً تغییر کرده است) توصیه‌هایی که توسط پرستار تجویز شده است.

توصیه‌های تجویز شده توسط پزشک (تغییر در دارو درمانی، مایعات داخل وریدی رژیم غذایی و سطح فعالیت)

● خلاصه‌ای از وضعیت هر بیماری که به تازگی پذیرفته شده است شامل: تشخیص طبی، سن، برنامه‌های درمانی و شرایط عمومی بیمار

● گزارش بیمارانی که ارجاع شده و یا ترخیص شده‌اند. از بکار بردن نظریه‌های غیر حرفه‌ای در ارتباط با بیمار جداً خودداری نمایید زیرا ممکن است وی نسبت به خدمات پرستاری دید منفی پیدا کند.

1- change of shift report

گزارش تلفنی طبی

تلفن و تجهیزات کمکی می‌توانند در ارایه خدمات فوری به تیم‌های مراقبتی بهداشتی حرفه‌ای مفید واقع گردد و پرستاران را قادر سازد اطلاعات ویژه و اختصاصی در ارتباط با بیمار را در زمان مناسب دریافت کنند و یا به دیگران منتقل نمایند. برای مثال ممکن است آزمایشگاه خون‌شناسی تلفنی گزارش نماید که به نحو خطرناکی شمارش پلاکتهای بیمار پایین آمده است و پرستار ممکن است توجه پزشک معالج بیمار را به این نکته جلب نماید و دستورات جدید طبی را از وی دریافت نماید. هنگام گزارش دادن تغییرات با اهمیت در شرایط بیمار به پزشک معالج و دیگر اعضای حرفه‌ای تیم مراقبتی بهداشتی، پرستاران باید برای انجام اقدامات زیر آماده باشند:

- بیمار و خودتان را معرفی نمایید و ارتباط خودتان را با بیمار مشخص نمایید (دکتر گونزلوبومن و لن مک لوگین[1] هستم و در ارتباط با بیمارتان آقای کلوسر[2] که به تازگی مرخص شده و جهت پیگیری درد قفسه صدری در منزل ویزیت و بررسی می‌شود تماس گرفته‌ام زیرا من پرستار جدید اداره کننده وی هستم).
- تغییر در وضعیت بیمار و اقداماتی را که در واکنش به این تغییرات انجام داده‌اید با دقت و بطور خلاصه گزارش کنید (هنگامی که من به خانه او رسیدم، او از احساس گیجی شکایت داشت و فشار خون وی ۱۹۰/۱۱۰ mmHg بود دیروز صبح در بیمارستان فشار خون وی ۱۵۰/۹۰ mmHg بوده است. همسر وی فوق‌العاده سراسیمه و مضطرب بنظر می‌رسد و می‌گوید او نمی‌داند چطور از شوهرش مراقبت نماید. من به وی توصیه کردم ۳۰ دقیقه استراحت نماید و زمانی که مجدداً فشار خون وی را کنترل کردم هنوز ۱۸۰/۱۱۰ mmHg بود).
- تظاهرات بالینی و علایم حیاتی فعلی بیمار را گزارش نمایید.
- گزارش کتبی بیمار را به طور کامل در دست داشته باشید تا چنانچه پزشک معالج هر اطلاعاتی را که جویا شد قادر به پاسخگویی باشید و قابلیت واکنش توأم با آگاهی خود را افزایش دهید.

در این مثال، احتمالاً پزشک معالج می‌خواهد از علایم حیاتی بیمار آگاه باشد و درباره رژیم غذایی بیمار در زمان بستری در بیمارستان و پس از ترخیص سؤالاتی را خواهد پرسید.

- بطور خلاصه زمان و تاریخ تماس تلفنی و گفتگوهایی که با پزشک معالج انجام داده و واکنش متقابل وی را ثبت نمایید.

گزارش انتقال و ترخیص[3]

هنگامی که بیماری از یک واحد یا مؤسسه به مؤسسه دیگر منتقل می‌شود (مانند انتقال از بخش مراقبت پس از بیهوشی به بخش جراحی) و زمانی که بیماران مرخص می‌شوند پرستاران بایستی خلاصه‌ای از شرایط بیمار و چگونگی مراقبت را گزارش نمایند. پرستار بایستی مختصری و خلاصه‌ای از تمام اطلاعات بیمار را که مراقبت دهندگان جهت ارایه مراقبت فوری به آن نیاز دارند را گزارش نماید. به راهبردهای گزارش انتقال و ترخیص بیمار در فصل ۹ توجه نمایید.

گزارش دادن به اعضای خانواده و افراد مهم دیگر

پرستاران نقش قاطعی را در حفظ و نگهداری اطلاعات جدید و به روز اقوام و افراد مهم دیگر در ارتباط با شرایط بیمار و پیشرفت وی در دستیابی به اهداف بازی می‌کنند. پرستاران بایستی مشخص نمایند که کدامیک از ملاقات کنندگان بیمار استحقاق بیشتری برای توسعه اطلاعات و گزارش دارند به همین نحو پرستاران نیاز دارند بدانند چه نوع اطلاعاتی را می‌توانند به بیمار و خانواده وی منتقل نمایند.

بطور مثال: خانم نیل آیا مایلید اهداف درمانی شما برای دوستان یا اقوامتان افشاء شود؟ به همین نحو پرستار بایستی بداند با کدام دسته از اطلاعات بیمار می‌تواند ارتباط برقرار کند؟ چنانچه اطلاعات و اهداف درمانی بیمار مشخص شد پرستار اجازه ندارد این اطلاعات را به اقوام و دوستان بیمار منتقل و در ارتباط با آن بحث نماید. چنانچه بیمار قادر به برقراری ارتباط با اهداف درمانی خود نباشد مانند موقعیت‌های اورژانس یا هنگامی که بیمار بیهوش است مراقبین حرفه‌ای بایستی بهترین تصمیم را در ارتباط با این که با کدامیک از اقوام یا دوستان بیمار صحبت نمایند بگیرند. عموماً پرستاران مراقبت دهندگانی نیستند که نتیجه سرطانی بودن یک نمونه از بافت به اطلاع اعضای خانواده بیمار برسانند.

به هر حال غالباً پرستار پس از اطمینان از داشتن اطلاعات توسط اقوام بیمار این مفهوم را برای بیمار توضیح می‌دهد. اطلاعات بایستی به روشی مشروع، دلسوزانه و با احترام به توانایی شخص در درک مفاهیم طبی تقسیم گردد.

گزارش حوادث[4]

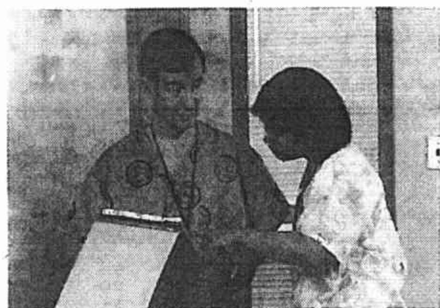
گزارش یک حادثه یا یک واقعه ابزاری است که توسط مؤسسات

1- Dr. Gomez lobo & ellen mclougin

2- Clouser

3- Transfer and discharge Reports

4- Incident Report



شکل ۱۱-۱۷. در مدت انتقال گزارش تعویض شیفت پرستاری که در شیفت قبل کارش به اتمام رسیده خلاصه‌ای از شرایط بیمار و وضعیت مراقبت جاری وی را به پرستار جدید که سرکار حاضر شده منتقل می‌نماید.

بهداشتی مراقبتی جهت ثبت گزارش رویداد حادثه‌ای غیر معمول استفاده می‌شود. حادثه‌ای که نتیجه آن احتمال بروز معایب و یا بروز مشکلات سلامتی برای بیمار، کارکنان و یا ملاقات‌کنندگان می‌باشد. این گزارشات برای بهبود کیفیت مراقبت استفاده می‌شود و نبایستی از آنها به عنوان عملی انضباطی و یا تنبیهی بر علیه پرسنل استفاده گردد.

هدف و مقصود از این گزارش شناسایی و تعیین عوامل خطرزا می‌باشد. در صورت نادیده گرفتن اشتباه و یا حادثه نتایج مضری ایجاد خواهد شد تا نتایج خوب و سودمند بنابراین گزارش حوادث سبب بهبودی، اداره و درمان بیماران توسط تعیین الگوهایی خطرزا و شروع برنامه‌هایی در ارایه خدمات جهت پیشگیری از بروز مشکلات در آینده می‌گردد. همچنین این گزارش تمامی حقایقی را که دربارهٔ حادثه وجود دارد برای مؤسسه و موردهایی که طرح دعوا می‌نمایند مهیا می‌کند این نکته برای پرستاران بسیار با اهمیت است که با خط مشی مؤسسه و مسئولیت‌های خود در قبال این خط مشی آشنا شوند و چنانچه به عنوان پرسنل درگیر وقوع حادثه‌ای برای بیمار، پرسنل و ملاقات‌کنندگان شدند چگونگی مضرات ناشی از حادثه را تعدیل نمایند. مثالی از گزارش حوادث اتفاقی و بحث کامل در این ارتباط را می‌توانید در فصل ۷ ببینید.

مشاوره درباره مراقبت

مشاوره انجام مذاکره با دیگران جهت تبادل ایده‌ها یا جستجوی اطلاعات، توصیه‌ها یا آموزشهای مناسب می‌باشد.

یک پرستار ممکن است با پرستار دیگری مشورت نماید مانند هنگامی که وی مراقبت اولیه از بیمار به عمل می‌آورد ممکن است پرستار با یک پرستار متخصص بالینی در ارتباط با مراقبت ویژه از بیمار مشورت نماید. یک پرستار مدرسه ممکن است با معلم دانش‌آموز یا روانپزشک دربارهٔ یک مشکل رفتاری مشاوره نماید. یک پرستار بهداشت جامعه و یک پزشک ممکن است جهت تعیین نوع فعالیتهای بیمار با یکدیگر مشاوره نمایند.

همچنین پزشکان و پرستاران تیم بهداشتی جهت معتبرسازی اطلاعات با یکدیگر مواجه و همکاری می‌نمایند. استفاده از اعضای حرفه‌ای تیم مراقبتی بهداشتی از گروههای حمایتی الکترونیکی جهت مشاوره روز به روز رو به افزایش است. مشاوره با استادان و متخصصین می‌تواند در زمینه‌های مختلف تخصصی سودمند باشد.

به گذشته فکر کنید به جیسون چندلر جوانی که توسط پلیس به قسمت اورژانس منتقل شده بود. او از درمان امتناع می‌ورزید. جهت تعیین قانون در استفاده از راهکارهای مراقبتی و درمانی برای بیمار پزشک با وکیل بیمارستان مشاوره کرد تا در این زمینه راهنمایی قانونی شود بنابراین مشخص گردید انجام چه اقداماتی پذیرفتنی و یا غیر پذیرفتنی است.

مشاوره و ارجاع[1]

هنگامی که پرستاران با مشکلاتی مواجه می‌گردند که خارج از حیطه مهارتها و اعمال مستقل پرستاری آنها می‌باشد و نمی‌توانند مشکلات مذکور را حل نمایند. بیماران را به افراد دیگر حرفه‌ای ارجاع می‌دهند. فرآیند دعوت از افراد حرفه‌ای دیگر جهت ارزشیابی بیمار و توصیه به درمان بیمار مشاوره نامیده می‌شود. فرآیند فرستادن یا راهنمایی کردن فردی به منبع دیگری برای کمک به وی ارجاع نامیده می‌شود شاید بیماری توسط یک بیمارستان به جهت کمک در مراقبت از وی در منزل به یک مرکز پرستاری بهداشت جامعه معرفی و ارجاع گردد.

پرستار مدرسه ممکن است دانش‌آموزی را به بخش اورژانس یک بیمارستان ارجاع دهد یک پرستار بهداشت جامعه ممکن است مشکلی را به بخش بهداشت ارجاع نماید. همچنین پرستار بهداشت جامعه کسی است که آموخته است بیماری با چند تماس جنسی با فرد HIV مثبت را به مرکز بهداشت جهت بررسی بیشتر ارجاع دهد.

1- Consultations and Referrals

ممکن است موسسات در هنگام ارجاع فرم مخصوصی را برای استفاده پرسنل خود مهیا کرده باشند. معمولاً خط مشی ارجاع در موارد زیر استفاده و کاربرد دارد: افرادی که ارجاع را انجام می‌دهند روشی که ارجاع انجام می‌شود و غیره..... ارجاع خصوصاً در مهیا نمودن مراقبت مداوم از مردمی که نیاز به خدمات متنوعی دارند بسیار با اهمیت است.

این نکته بسیار ضروری است که شاغلین عضو تیم بهداشتی مراقبتی تمامی اطلاعات مفید یک فرد ارجاع شده را جهت تداوم مراقبت دریافت نمایند. سؤال کلیدی این است که «چنانچه قرار بود من فردی باشم که مراقبت از بیمار را ادامه دهم به چه اطلاعاتی از بیمار نیاز دارم؟»

بیمار بایستی از دلایل ارجاع به مؤسسه بهداشتی دیگر و مراقبت توسط پرسنل بهداشتی، دیگر آگاه باشد و ضمناً موافق این ارجاع باشد قبل از ارجاع پرستاران بایستی مشخص نمایند که بیمار به چه تخصص حرفه‌ای نیاز دارد و کدام فرد عضو تیم درمان برای ارجاع مناسب‌تر است. یک زیان بزرگ برای بیمار بدحال بودن در هنگام انتقال است. همچنین بیمار و اقوام وی بایستی به تلفن محل ارجاع دسترسی داشته باشند و از چگونگی دسترسی آسان به امکانات مرکز ارجاع مطلع باشند.

میله دلونگ خانمی با عفونت زخم را به خاطر بیاورید. اخذ مشاوره در ارتباط با زخم و استومی وی می‌تواند به پرستارکمک نماید تا مراقبت مناسبی از زخم بیمار بعمل آید. بعلاوه چنانچه عفونت زخم بیمار ادامه پیدا کند و درمان بیمار به تأخیر بیافتد شاید نیاز باشد پرستار جهت ادامه مراقبت با پرستار کنترل عفونت مشاوره کند.

کنفرانس و تبادل نظر در مراقبت پرستاری

پرستاران و دیگر اعضاء حرفه‌ای عضو تیم بهداشتی مراقبتی بارها در گروههای حرفه‌ای جهت برنامه‌ریزی مناسب و هماهنگی در مراقبت از بیمار با یکدیگر تبادل نظر می‌نمایند. همچنین از این کنفرانسها جهت آموزش دانشجویان و افراد حرفه‌ای به عنوان آموزش ضمن خدمت استفاده می‌شود. کنفرانس و تبادل نظر در مراقبت‌های پرستاری برای بحث دربارهٔ جنبه‌های مختلف مراقبتی راهی مناسب است برای مثال چندین پرستاری که مراقبت‌های عمومی را به صورتی غیر هماهنگ از یک بیمار بعمل می‌آورند ممکن است در ارایه یک کنفرانس پیشقدم گردند.

این کنفرانس و تبادل نظر به هر پرستار اجازه می‌دهد تا نظرات و پیشنهادات خود را دربارهٔ مشکلات بیمار و عوامل مسبب آن ارایه نماید و سپس با یکدیگر بحث نموده و راه حل مناسب و مقتضی را برای مشکلات بیمار پیدا نماید. پرستاران ممکن است از دیگر افراد تیم مراقبتی بهداشتی دعوت نمایند تا در تبادل نظر و کنفرانس مراقبت پرستاری در ارتباط با مراقبت از بیمار شرکت کنند. برای مثال ممکن است یک روانپزشک بالینی برای بررسی احتمال یک بیماری روانی مؤثر بر رفتار بیمار دعوت گردد.

سرکشی در مراقبت پرستاری

سرکشی یا راند بالینی در مراقبت پرستاری مجموعه‌ای است که یک گروه از پرستاران برای بیماران انتخاب شده در کنار بستر بیمار پس از ملاقات وی انجام می‌دهند. هدف اولیه از سرکشی در مراقبت پرستاری کسب اطلاعات جهت کمک به برنامه‌ریزی مراقبتی، ارزشیابی مراقبت پرستاری که بیمار دریافت کرده است و مهیا کردن فرصت مناسبی برای بیمار تا در مورد مراقبت دریافت شده با مراقبت‌دهندگان بحث نماید. همان طوری که هر بیماری ویزیت می‌شود پرستار خلاصه‌ای از تشخیص‌های پرستاری و اهداف را آماده نموده و مراقبت از بیمار را شروع می‌نماید.

راند بالینی پرستاری دو مزیت اساسی دارد که قابل بحث می‌باشد:

- پرسنل پرستاری در زمان اخذ گزارش مراقبت می‌توانند دید حقیقی از بیمار داشته باشند.
- بیماران می‌توانند در بحثهای مراقبتی خویش شرکت نمایند.

پرستاران بایستی هنگامی که در کنار تخت بیمار بحث می‌نمایند از زبانی قابل فهم و درک بیمار استفاده کنند بعبارتی دیگر بیمار احساس محرومیت نموده و نمی‌تواند هوشیارانه در بحث مراقبتی شرکت نماید همچنین ممکن است پرستاران راند بالینی پرستاری را با پزشک انجام دهند تا در اطلاعات یکدیگر سهیم شوند.

■ توسعه مهارتهای تفکر انتقادی

۱ـ با سه پرستار بالینی مصاحبه کنید و از آنها بخواهید روشهای ثبت گزارشی را که استفاده می‌نمایند توصیف کنند. آنها کدام روش را ترجیح می‌دهند؟ استفاده از کدام روش مؤثرتر، آسانتر و سریعتر می‌باشد و موجب صرفه جویی در زمان می‌شود؟

۲ـ یک پرستار تصادفاً شکایت شما را دربارهٔ ثبت گزارش تفصیلی می‌شنود و به شما می‌گوید «با این روش خو گرفته‌ام،

من هرگز درباره ثبت گزارش نگران نیستم، گزارش‌نویسی وقت من را تلف می‌نماید. من ترجیح می‌دهم بجای وقت گذرانی کاری برای بیماران انجام دهم تا این که هرچه را که انجام داده‌ام بنویسم. فکر کنید در این باره به این پرستار چه خواهید گفت و منطق شما چیست؟ از دانشجویان دیگر در این مورد نظرخواهی کنید و واکنش آنها را با خودتان مقایسه کنید.

۳ـ تصور کنید شما پرستاری هستید که در خانه سالمندان مشغول پرستاری می‌باشید و شما و خانه سالمندان بدلیل یک‌مبالاتی، توسط اقوام فرد پیر مقیمی که در سال گذشته سقوط کرده و دچار شکستگی مفصل هیپ شده جهت جبران خسارت تحت تعقیب قرار گرفته‌اید. فرد مقیم را می‌شناسید اما روز سقوط وی را بخاطر نمی‌آورید. چه اطلاعاتی را امیدوار هستید در گزارش وضعیت سلامتی بیمار ثبت کرده باشید؟ کدامیک از سیستم‌های ثبت گزارش بیشترین اطلاعاتی را که فکر می‌کنید جهت بازسازی وقایعی که در هنگام افتادن فرد مقیم نیاز دارید در اختیار شما قرار می‌دهد؟

۴ـ واکنش متقابل شما نسبت به هریک از درخواستهای زیر برای کسب اطلاعات بیمار چگونه خواهد بود؟ واکنش خودتان را با واکنش دانشجویان دیگر مقایسه کنید و دربارهٔ اختلاف نظرتان با یکدیگر صحبت نمایید.

- شهردار شهر شما که مجدداً انتخاب شده است بدنبال سکته حاد قلبی در بخش پذیرش شده است از دفتر کار ایشان توسط تلفن با شما تماس می‌گیرند و اطلاعاتی را راجع به وضعیت سلامتی بیمار درخواست می‌نماید.
- خانمی که تاکنون هرگز وی را ندیده‌اید در راهرو بخش خودش را به شما معرفی کرده و اظهار می‌دارد همسر یکی از بیماران مرد می‌باشد و اطلاعاتی را راجع به وضعیت سلامتی بیمار درخواست می‌نماید.
- یک فرد اداره کننده بیمار از سازمانی مراقبت کننده توسط تلفن دربارهٔ یک بیمار پیری که در مرحله بعد از عمل جراحی قرار داد اطلاعاتی را در ارتباط با سیر بهبودی وی از شما درخواست می‌نماید. شما خبردار می‌شوید که سازمان مربوطه مشتاق ترخیص سریع بیمار می‌باشد و از گزارش تلفنی هر نوع اطلاعاتی، احساس ناراحتی می‌نماید.



■ تمرین برای NCLEX

۱ـ کدامیک از راهبردهای ثبت در زیر صحیح است؟

(۱) اطلاعات را کامل، دقیق، مختصر، حقیقی و سازماندهی شده ثبت نمایید.
(۲) از کلماتی مانند «خوب»، «متوسط»، «طبیعی» یا «کافی» استفاده نمایید و دربارهٔ اطلاعات قضاوت کنید.
(۳) جهت ثبت جامع و کامل اطلاعات تا پایان شیفت صبر کنید سپس گزارش را ثبت نمایید.
(۴) تاریخ و زمان گزارش را ثبت کنید.

الف) (۱)، (۲)، (۳)، (۴) ب) (۱)، (۳)، (۴)
ج) (۱)، (۲)، (۴) د) (۱)، (۴)

۲ـ کدامیک از راهبردهای زیر در ثبت گزارش صحیح است؟

(۱) در صورت اشتباه در گزارش از پاک‌کن و یا لاک استفاده کنید.
(۲) ثبت مداخلات پرستاری را تا جایی که امکان دارد در همان زمان انجام دهید.
(۳) مشکلات را به طور منظم و پی در پی همان طوری که اتفاق افتاده ثبت نمایید.
(۴) به دقت تمامی عواملی را که امنیت بیمار را به خطر می‌اندازد و برای وی مضر است را ثبت نمایید.

الف) (۱)، (۳) ب) (۲)، (۳)
ج) (۲)، (۳)، (۴) د) (۱)، (۲)، (۳)، (۴)

۳ـ بر طبق قوانین ایمنی سلامتی و مسئولیت در قبال اعمال ۱۹۹۶، بیماران در تمامی موارد زیر حق دارند:

(۱) گزارش سلامتی ثبت شده خود را ببینند و از آن کپی نمایند.
(۲) گزارش ثبت شده را مرتب جدید نمایند.
(۳) لیستی از قوانین مؤسسه که امکان‌پذیر است و اهداف درمان، هزینه و اعمال سلامتی انجام شده را دریافت نمایند.
(۴) درخواست محدودیت در استفاده یا افشاء اطلاعات
(۵) انتخاب این که چطور اطلاعات سلامتی را دریافت نمایند.

الف) (۱)، (۲)، (۳) ب) (۲)، (۴)، (۵)
ج) (۱)، (۳)، (۴)، (۵) د) (۱)، (۲)، (۳)، (۴)، (۵)

۴ـ بر طبق قوانین سلامتی ایمنی و مسئولیت اعمال ۱۹۹۶، چنانچه یک مؤسسه بهداشتی بخواهد اطلاعات سلامتی بیمار از جمله اهداف درمانی، هزینه و اعمال مراقبتی روتین را افشاء نماید بایستی از بیمار رضایت‌نامه اخذ نماید. البته استثناء نیز وجوددارد در کدامیک از موارد زیر نیاز به رضایت فردی وجود دارد؟

الف) گرفتن اطلاعات جدید پزشکی که گزارش جدید را مهیا می‌نماید.

ب) اطلاعات مورد نیاز برای رد پا و اخطار شیوع بیماری

ج) سوء استفاده از بچه و غفلت از موارد مشکوک

د) حمایت از اطلاعات سلامتی مورد نیاز برای اهداء عضو

۵ـ یک دوست به شما تلفن کرده و سؤال می‌کند آیا هنوز در بیمارستان مموریال کار می‌کنید. شما پاسخ می‌دهید «بله» او به شما می‌گوید که پدر نامزدش در بیمارستان پذیرش شده و او می‌خواهد بداند وی چطور است. نامزد او بنظر می‌رسد بطور غیر عادی نگران پدرش است اما او در این باره با من صحبت نکرد و من می‌خواهم به او کمک نمایم بهترین واکنش شما نسبت به دوستتان چیست؟

الف) «گوش کن، شما چنین کاری را از من نخواهید. من می‌توانم بدلیل افشاء اطلاعات شغل خود را از دست بدهم»

ب) متأسفم، من نمی‌توانم اطلاعات بیمار را افشاء نمایم حتی اگر بهترین دوست یا اعضای خانواده‌ام این کار را از من بخواهند.

ج) «بدلیل قوانین خاص ایمنی و سلامتی شما نمی‌توانید از من بخواهید که اطلاعات بیمار را افشاء نمایم مگر این که بیمار اجازه دهد این اطلاعات را دریافت نمایید. این می‌تواند مشکل مهمی باشد».

د) سؤال می‌کنید که چرا نامزد دوستتان دربارهٔ نگرانی خودش صحبت نمی‌کند؟

۶ـ بیمار شما دستور دارد در صورت لزوم از یک داروی ضد درد استفاده نماید. علامت اختصاری صحیح در ارتباط با «در زمان ضرورت» کدام گزینه زیر است؟

الف) TURP	ب) PRN
ج) PMH	د) TPR

۷ـ در صورتی که شما روند علایم حیاتی بیمار را جستجو می‌نمایید، چه فرمی را بایستی ابتدا بررسی کنید؟

الف) فرم پذیرش

ب) فرم فعالیتهای حیاتی

ج) فرم بررسی پرستاری در زمان پذیرش

د) فرم ترسیمی

۸ـ این روش ثبت از طبقه‌بندی اطلاعات، اعمال و واکنش متقابل (DAR) جهت تسهیل در ثبت استفاده می‌نماید.

الف) یادداشتهای تفصیلی

ب) ثبت استثناء

ج) ثبت متمرکز

د) مدل ادارهٔ مورد

۹ـ یک رزیدنت بدنبال درخواست بخش بیمار را در نیمه شب ویزیت نموده و پس از ترک بخش بخاطر می‌آورد که او فراموش کرده است دستور دارویی جدید جهت کنترل درد را بنویسد او خسته است و طی تماس تلفنی دستور را به صورت شفاهی به شما میگوید و می‌خواهد که دستور در فرم ثبت دستورات پزشک یادداشت شود. بهترین واکنش شما عبارتست از:

الف) متشکرم

ب) از پرستاری دیگری می‌خواهید دستور را گوش دهد و بعد از ثبت آن در فرم دستورات پزشک هر دو پرستار آن را امضاء کنند.

ج) «من متأسفم زیرا دستورات شفاهی فقط در موقعیت‌های اورژانس گرفته می‌شود و به این جهت ما نمی‌توانیم آن را ثبت کنیم. من پرونده بیمار را می‌آورم و سپس ما می‌توانیم با سرعت کار را انجام دهیم.

د) سعی کنید از رزیدنت دیگری برای کسب دستور استفاده نمایید و یا این که تا شیفت بعدی صبر نمایید.

■ پاسخنامه با دلایل

۱ـ پاسخ صحیح گزینه «د» است. کلماتی مانند «خوب» یا «متوسط» ممکن است معنایی متفاوتی را برای خواننده ایجاد نماید و نبایستی استفاده شود (ب). گزارش مداخلات پرستاری بایستی در زمانی نزدیک و مناسب ثبت شود (ج).

۲ـ پاسخ صحیح گزینه «ب» است. از پاک کن و لاک غلط گیر نبایستی استفاده شود «الف». ثبت در پرونده همیشه بایستی با روشی قانونی و بر طبق خط مشی مؤسسه صورت پذیرد «د».

۳ـ پاسخ صحیح گزینه «هـ» است. گزینه‌های دیگر نیز صحیح است.

۴ـ پاسخ صحیح گزینه «الف» است. گزینه‌های (ب، ج و د) استثناءهای قانونی جهت رضایت بیمار است. بهرحال در شرایط نامناسب پرستاری می‌تواند بدون رضایت بیمار اطلاعات را گزارش نماید.

۵ـ پاسخ صحیح گزینه «ب» است. شما باید فوراً برای خودتان مشخص نمایید چه کاری را می‌توانید انجام دهید و چه کاری را نمی‌توانید انجام دهید؟ شما در قبال اطلاعات محرمانه بیمار مسئول هستید و دلیل شما در امتناع به کمک به دوستتان همین دلیل است در غیر این صورت از اطلاعات شخصی و حریم بیمار سوء استفاده شده است (الف و ج). در

انتها این که مهم است که شما علت نگرانی نامزد دوستتان را بدانید اما این کار بعد ازشما برای خودتان مشخص کردید چه کاری را می‌توانید انجام دهید امکان‌پذیر است (د).

۶ـ پاسخ صحیح گزینه «ج» است. TURP گزینه «الف» یعنی جراحی پروستات از طریق پیشابراه، PMH گزینه «ب» یعنی تاریخچه قبلی پزشکی، TPR گزینه «د» یعنی دما، نبض، تنفس

۷ـ پاسخ صحیح گزینه «د» است. در فرم ارزیابی پرستاری در هنگام پذیرش تنها یک نوبت علایم حیاتی بیمار ثبت شده است (ب)، بهترین مکان برای ثبت توالی و روند علایم حیاتی فرم ترسیمی است. فرم پذیرش (الف) و همچنین فرم فعالیتهای حیاتی (ج) فاقد بخش ثبت علایم حیاتی است.

۸ـ پاسخ صحیح گزینه «ب» است. ثبت متمرکز است این روش تنها روش ثبت است که برای طبقه‌بندی اطلاعات، اعمال و پاسخ متقابل «DAR» استفاده می‌شود.

۹ـ پاسخ صحیح گزینه «ج» است. در بیشتر موسسات، اخذ دستور شفاهی از پزشک مسئول، پرستار مسئول و یا مدیر مسئول فقط در موارد اورژانس پزشکی صورت می‌گیرد هنگامی که پزشک و یا پرستار مسئول حاضر هستند اما به دلیل موقعیت خاص و اورژانس شخص نتواند دستور را نوشته و ثبت نماید.

فصل

۲۱

افسانه افتخاری منش

ارتباط گر



سوزی موساشی (Susie musashi) ۳ ساله با سوختگی درجه دوم هر دو پا که بزودی قرار است دبریدمان زخم شود هر زمان که مراقبت کننده بهداشتی وارد اتاق او می‌شود گریه می‌کند. بدنش را به طرف دیوار چرخانده و پاها و زانویش را به سمت سینه‌اش خم می‌کند. خانواده او تقریباً یک و نیم ساعت در کنار او بودند. آنها فقط می‌توانند یک یا دو بار در هفته سوزی را ملاقات نمایند.



ایرونیا روزالسینکی (Irwina Russellinski) خانم ۷۵ ساله‌ای که از بخش اورژانس با تشخیص پنومونی منتقل و در پرونده او ثبت گردیده شنوایی خوبی ندارد، گیج است و کمی انگلیسی صحبت می‌کند. بنابراین لازم است تحت بررسی پرستاری قرار گیرد.



راندلف گوردن (Randolph Gordon) مردی میانسال با تشخیص نارسایی کبد و در حال احتضار جهت آغاز مراقبتها در بخش مراقبت‌های ویژه بستری شده است. او برای هفته‌ها در کما بوده، برای او تعداد زیادی لوله و درن در قسمتهای مختلف قرار داده شده است. بیمار درمانهای متعددی دریافت می‌نماید و نیاز به مانیتورینگ الکتریکی مداوم دارد.

❖ تمرکز بر مهارتهای ترکیبی

انواع مهارتهای ترکیبی مورد نیاز شما جهت پاسخگویی به موارد ذکر شده شامل:

مهارتهای شناختی

- دانش پایه تئوری ارتباط و عوامل موثر بر ارتباط درمانی مانند سطوح پیشرفته، اختلافات فرهنگی اجتماعی و وضعیت روحی و روانی
- توانایی تشکیل اهداف و مراحل ارتباط یاری دهنده و ترکیب آن با برنامه مراقبتی بیماران
- آگاهی درباره مراحل پیشرفته، درمان سوختگی، اختلالات شنوایی، تغییرات در شرایط ذهنی و تأثیرگذاری بر بیماران و توانایی‌هایشان جهت برقراری ارتباط
- دانش راهکارهای مؤثر برقراری ارتباط
- دانش موانع برقراری ارتباط

مهارتهای تکنیکی

- مهارتهای بررسی موثر جهت مشخص نمودن عوامل تأثیرگذار در برقراری ارتباط برای بیماران در تمام طول مدت زندگی
- توانایی تکمیل مهارتهای برقراری ارتباط مؤثر هنگامی که وسایل و تکنیکهای مورد لزوم جهت نیل به نیازهای بیماران به درستی به کار برده می‌شود.
- توانایی هماهنگی با مهارتهای برقراری ارتباط بر اساس نیازهای بیماران مشروط بر مساعدتهای تکنیکی

مهارتهای بین فردی

- مهارتهای قوی مردم، شامل توانایی برقراری ارتباط و مقابله مؤثر با بیماران در تمام طول مدت زندگیشان مانند یک بچه ۳ ساله، یک خانم سالمند مشکل گفتاری و شنوایی و یک مرد میانسال با تغییرات مهم در وضعیت روحی
- توانایی برقراری ارتباط بر پایه حقیقت با بیماران و دیگر اعضاء تیم مراقبت دهنده بهداشتی
- توانایی ترکیب نمودن تأثیر فرهنگ در برقراری ارتباط مؤثر
- مهارتهای عالی برقراری ارتباط درمانی جهت اثرگذاری و تعامل بیماران و همکاران شامل مهارتهای محاوره‌ای، مهارتهای گوش دادن، سکوت، روشهای مصاحبه، لمس نمودن، استفاده از مزاح و رفتار قاطعانه
- توانایی برقراری ارتباط، با شرایط بیمار رابطهٔ نزدیکی دارد. مانند یک بچه کوچک یا یک مرد میانسال با بیماری کبدی در حال احتضار
- رعایت احترام شئونات انسانی بیماران به هنگام اجرای برنامه مراقبتی، مانند خانم میانسالی که در کماست
- توانایی برقراری یک رابطه خوب با همکاران شامل توانایی مواجهه با همکارانی که وظیفه خود را در ارایه کار تیمی (گروهی) انجام نمی‌دهند.

مهارتهای اخلاقی / قانونی

- داشتن حس قوی مسئولیت جهت برقراری سلامتی و احساس خوب بودن افراد در گروههای سنی مختلف
- توانایی نشان دادن احترام گذاشتن به دیگران، همدلی و مراقبت آگاهانه در رویارویی حرفه‌ای با بیماران و همکاران
- تمایل در حفظ همکاران و توانایی برای شرکت در تلاشهای گروهی ضروری جهت مراقبت با کیفیت مناسب
- توانایی حمایت کردن از بیمارانی که کارهایشان را نمی‌توانند خودشان انجام دهند مانند بچه کوچک، بیمار سالمند با مشکل شنوایی و گفتاری یا بیمار در کما
- دانش اساسی در خصوص مسائل اخلاقی و قانونی که رفتار و ارتباطات حرفه‌ای را هدایت می‌نماید.
- توانایی انجام اقدامات پرستاری شامل استفاده از مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر، روشهای تدافعی اخلاقی و قانونی، ترکیب با قوانین اخلاقی پرستاری با محتوایی از اعمال قانونی

❖ برآیندهای یادگیری

پس از مطالعهٔ این فصل، فراگیر باید قادر به انجام موارد زیر باشد:

۱ـ فرآیند ارتباط را توصیف نموده و عوامل مؤثر در برقراری ارتباط را مشخص نماید.

۲ـ حداقل ۸ روش جهت برقراری ارتباط غیر کلامی افراد را لیست نماید.

۳ـ مناسبات مشترک برقراری ارتباط و فرآیند پرستاری را توصیف نماید.

۴ـ اهداف مددجو را برای هر مرحله از ارتباط یاری دهنده مشخص نماید.

۵ـ از روشهای برقراری ارتباط مؤثر هنگام مواجه با بیماران که فرهنگهای متفاوت دارند استفاده کند.

۶ـ خود را با واژه شایستگی بین فردی مورد لزوم در پرستاری ارزیابی کنید.

۷ـ با بیمارانی که از آنها مراقبت می‌نمایند ارتباط درمانی ثابت برقرار کند و مداخلات مؤثر برای بیمارانی که اختلال در برقراری ارتباط کلامی* دارند را توصیف نماید.

واژه‌های کلیدی

● رفتار قاطعانه	assertive behaviors	● پیام	message
● زبان بدن	body language	● سروصدا	noise
● کانال	Channel	● ارتباط غیر کلامی	nonverbalcommunication
● کلیشه	Cliche	● ارتباط سازمان یافته	organizational communication
● ارتباط	Communication	● حرفه‌ای	professionalism
● همدلی	empathy	● رابطه	rapport
● بازخورد	feedback	● گیرنده (رمز خوان)	receiver (decoder)
● گروه پویا	groupolynamics	● علم کلام	semantics
● ارتباط یاری دهنده	helpingrelationship	● گروه کوچک	smallgroup
● ارتباط بین فردی	interpersonal communication	● منبع برقراری ارتباط (رمزگذار)	source (encoder)
● روشهای مصاحبه	interviewingtechniques	● محرک	stimulus
● ارتباط درون فردی	intrapersonal communication	● لمس درمانی	therapeutic touch
● زبان	Language	● ارتباط کلامی	verbal communication

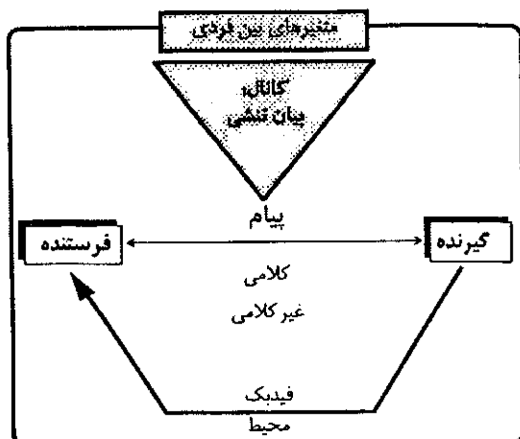
پرستاری که تمایل دارد خدمات مراقبتی موثری ارایه دهد در مرحله اول باید چگونگی برقراری ارتباط را بیاموزد. مهارت خوب در برقراری ارتباط پرستاران را قادر می‌سازد که بیماران خود را شناخته و در نهایت برای انجام مراقبت‌های پرستاری نیازهای آنها را مشخص نموده و در صدد رفع آنها برآیند. دانشجوی پرستاری که برای اولین‌بار، رو در روی بیمار می‌نشیند و مسئول گرفتن تاریخچه جامع پرستاری است می‌تواند اهمیت نقش ارتباطی پرستار را درک نماید. مهارتهای برقراری ارتباط در مجموع واحدهای ساختاری ارتباطات حرفه‌ای را تشکیل می‌دهد و شامل ارتباط پرستار ـ بیمار، پرستار ـ پرستار، پرستار و سایر اعضای تیم بهداشتی می‌باشد (به مثال توجه بفرمایید) بسیاری از پرستاران با تجربه، کیفیت ارتباطات بین فردیشان را به عنوان تنها عامل مهم در تعیین موثر بودن مراقبتها در نظر می‌گیرند. مطالعات نشان داده است در واحدهایی که پرستاران آزادانه عقاید و اطلاعات خود را رد و بدل کرده و در مواردی که اشتباهی رخ می‌دهد به جای ملاقات کردن یکدیگر به حل مسئله می‌پردازند و از خلق خوش و خلاق استفاده می‌نمایند، نه تنها روحیه همکاری بالا می‌رود بلکه بهبودی بیماران سریعتر صورت گرفته و آنها مراقبت‌ها و درمانهای انجام شده را بهتر می‌پذیرند.

فرآیند ارتباط[1]

ارتباط فرآیند تبادل اطلاعات و یا فرآیند ایجاد و ارسال مفاهیم بین دو نفر یا بیشتر است. برقراری ارتباط یک مسئله اولیه و اساسی در جامعه از جنبه تأثیر متقابل بیمار ـ پرستار می‌باشد.

بدون برقراری ارتباط تبادل تجارب خانوادگی کسب آموزش مفید، برقراری یک حکومت، بیشتر نمودن پذیراییها غیر ممکن است. انسانها به طور طبیعی موجودات اجتماعی هستند و نیازهای یکدیگر را از طریق همکاری با یکدیگر مرتفع می‌سازند. ارتباطات انسانی نه تنها ما را قادر می‌سازد که نیازهای جسمی و ایمنی خود را برطرف نماییم، بلکه ما را در برآورده نمودن نیازهای روانی از قبیل نیاز به عشق و تعلق و ارزش نفس نیز کمک می‌کند. دیوید کی برلو[2] (۱۹۶۰) به تعریف کلاسیک فرآیند ارتباط اعتقاد داشته و بیان می‌نماید این فرآیند شامل یک منبع (رمز گذار)[3]، پیام، کانال و گیرنده (رمز خوان)[4] می‌باشد. فرآیند ارتباط در شکل ۱ـ۲۱ نشان داده شده است. این نوع فرآیند ارتباط بوسیله یک تحریک یا نیاز بیمار مشخص می‌شود. نیاز بیمار ممکن است در رابطه با ناراحتی بیماران، نیاز برای کسب اطلاعات، یا مشخص نمودن هر موضوع نامشخصی که بیمار ممکن است تجربه کند باشد. فرستنده یا منبع[5] (رمز گذار) پیام فرد یا گروهی است که فرآیند ارتباط را آغاز می‌نماید. پیام[6] محصول واقعی منبع یا رمز گذار بوده که ممکن است یک صحبت، مصاحبه، مکالمه تلفنی، چارت، گفتگو، ژستها، رفتار یا یادداشتهای پرستاری باشد. کانال[7] برقراری ارتباط وسیله‌ای است که فرستنده برای ارسال پیام انتخاب می‌کند. کانال ممکن

1- Process of communication
2- David K. Berlo
3- Encoder
4- Decoder
5- Source
6- Message
7- channel



شکل ۱ـ۲۱. اجزای گوناگون در فرآیند برقراری ارتباط

است هر کدام از حواس گیرنده را هدف قرار دهد. پیام می‌تواند بوسیله کانالهای زیر به گیرنده ارسال شود:

- شنوایی ـ کلمات گفتاری و اشاره‌ها
- بینایی ـ دیدن، مشاهده و ادراک
- حس ـ لمس

پرستاران از تمامی این کانالها جهت برقراری ارتباط استفاده می‌کنند. دانش خود در مورد برقراری ارتباط را در کادر ۱ـ۲۱ مطالعه نمایید. گیرنده[۱] یا (رمزخوان) پس از دریافت پیام آن را به یک مفهوم ترجمه نموده و در مورد آن تصمیم می‌گیرد. پرستار به عنوان یک ارتباط گر مؤثر لازم است که در تمام مدت به گیرنده پیام توجه داشته، در جستجوی ارسال پیامی با توجه به علاقه بیمار بوده و کلمه‌بندی آن طوری باشد که برای وی قابل فهم و نیاز به حداقل تلاش و زمان برای کشف رمز داشته باشد.

راندلف گوردون مرد میانسالی که در کما به سر می‌برد را به یاد می‌آورید؟ ممکن است پرستار به هنگام طرح برنامه مراقبت نیاز به درج نمودن اطلاعات جهت ایجاد تغییر شرایط روحی و تأثیر بر برقراری ارتباط او داشته باشد.

سر و صدا از عواملی است که کیفیت پیام را مختل می‌سازد و ممکن است فرآیند ارتباط را در هر قسمت آن را دچار اختلال نماید. این عوامل مختل کننده ممکن است از تلویزیون، یا از درد یا تجربه ناراحتی توسط بیمار باشد. ارتباط یک فرآیند دو جانبه است که در آن هم فرستنده و هم گیرنده پیام، همزمان مشارکت می‌نمایند. پیام ممکن است تحت تأثیر اطلاعات قبلی شخص، تجارب گذشته، احساسات، یا سطوح اجتماعی فرهنگی باشد.

سطوح برقراری ارتباط

در تمام طول مدت زندگی‌ها و بیماران، ارتباط در سطوح مختلفی برقرار می‌شود. در طی اعمال پرستاری چهار سطح از برقراری ارتباط وجود دارد که پرستاران با آنها مواجه هستند: ارتباط درون فردی[۲]، ارتباط بین فردی[۳]، ارتباط در گروههای کوچک[۴] و ارتباط سازمان یافته[۵].

ارتباط درون فردی

ارتباط درون فردی یا صحبت کردن با خود، ارتباطی است که بین یک نفر برقرار می‌شود. پرستاران جهت ایجاد تأثیر مثبت بین فرد و خانواده از صحبت کردن با خود استفاده می‌نماید. این نوع برقراری ارتباط به دلیل تأثیرگذاری بر رفتار پرستاران حائز اهمیت می‌باشد. تصورات دو دانشجوی پرستاری مختلف آنها را جهت مواجهه با اولین تجربه پرستاری در خصوص بیماران بدحال و با وضعیت بحرانی آماده می‌نماید. هر دو ترسیده بودند یکی از آنها به خودش گفت: «آرام باش» تو باید بر این موقعیت غلبه کنی تا همیشه بتوانی ثابت قدم بمانی. تو می‌توانی این را دست‌آویز قرار دهی دیگری مرتباً با خودش تکرار می‌کرد «راهی برای ابقاء این تجربه وجود ندارد». مربی همیشه با شما خواهد بود و شما ممکن است قبل از شروع کار توانایی غلبه بر شکست را پیدا نمایید. واضح است که صحبتهای مثبت اولین دانشجو با خودش بسیار کمک کننده‌تر از دومین دانشجو خواهد بود.

سوزی موساشی دختر ۳ ساله‌ای که تحت درمان سوختگی قرار گرفته است را در نظر بگیرید. پرستار ممکن است به هنگام رویارویی با کودک و به جهت کمک به انطباق او با رفتارش نیاز به استفاده از صحبت کردن با خود داشته باشد. برای انجام این کار، پرستار ممکن است بهتر بتواند پیام کودک را تفسیر نماید. پرستار ممکن است به خودش بگوید: «جهت کمک به بیمار و خانواده‌اش و برای بیان احساساتشان از جملات باز و سر بسته استفاده خواهم نمود من با بیمار در سطح فهم خودش صحبت خواهم کرد. باید تماس چشمی با بیمار و خانواده‌اش برقرار نمایم و به سؤالاتشان پاسخ دهم. من نباید این موقعیت را کم اهمیت در نظر گرفته و نسبت به آن بی‌علاقه شوم.

1- Receiver
2- Intrapersonal communication
3- Interpersonal communication
4- Small group communication
5- organizational communication

کادر ۱-۲۱. دعوت نمودن به مصاحبه

تصور کنید به سمت اتاق بیمار جهت تزریق داروی تجویز شده برای تسکین درد در حال قدم زدن هستید. در هر کدام از سه کانال ارتباطی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ سپس با مطالعه جدول زیر درباره راههایی که پرستاران ممکن است ندانسته درباره درد بیمار بکار برند تفکر نمایید. استفاده از این تمرین موجب راهنمایی بکارگیری پیامهای کلامی و غیر کلامی شما با بیماران می‌شود.

کانال	روش انتقال	پیش‌آگهی	رفتارهای پرستاری
بصری	بینایی	دریافت یک محرک بینایی	بیمار، پرستار را در حالی که به سوی اتاق نگهداری داروها می‌رود، می‌بیند.
	مشاهده	با دقت بیشتری بر ارتباط غیر کلامی بیمار، محرک بینایی را تفسیر نمایید	بیماران از صلاحیت حسی، اطمینان و بیان همدردی پرستار آگاهی می‌یابند
	ادراک	معنا دادن به یک واقعه بینایی	بیمار نتیجه می‌گیرد که پرستار قادر است به او کمک نماید بنابراین احساس راحتی می‌کند
سامعه	شنیدن	دریافت یک محرک شنیداری	بیمار می‌شنود که پرستار می‌گوید: من درک می‌کنم که لگن شما آسیب دیده است این تزریق ممکن است به شما کمک کند که در عرض ۱۵ دقیقه احساس بهتری پیدا کنید
	گوش دادن	کسب آگاهی از پیام مورد نظر و احساسات به همراه حوادث شنیداری	بیمار احساس می‌کند که پرستار بیان نموده او باید برود تا احساس بهتری داشته باشد و واقعاً نیز او اینطور می‌خواهد زیرا که از بیمار مراقبت می‌نماید
حسی	روش لمس کردن	برنامه‌ریزی روشها و تکنیکهای پرستاری	بیمار احساس می‌کند در حالی که پرستار داروی تجویز شده را به سرین چپ او تزریق نموده او را لمس کرده است
	لمس در حین مراقبت	انتقال حمایتهای احساسی	بیمار احساس می‌کند که پرستار مانند یک انسان از او مراقبت می‌نماید زیرا هنگامی که وارد اتاق شده شانه او را لمس نموده و در باره درد او سوال کرده است.

درک اهمیت با خود صحبت کردن می‌تواند شما را در جهت کار کردن با بیماران و خانواده‌شان که دارای تصورات منفی در خصوص سلامتی و توانایی‌های مراقبت از خود می‌باشند یاری نماید.

برقراری ارتباط بین فردی

ارتباط بین فردی هنگامی ایجاد می‌شود که ۲ یا تعداد بیشتری از مردم هدفشان تبادل پیام باشد. بیشتر پرستاران که در روز کار می‌کنند با بیمار و سایر افراد خانواده و اعضای تیم مراقبت‌های بهداشتی ارتباط برقرار می‌کنند. توانایی پرستار در برقراری ارتباط در این سطح بطور مؤثر بر مشارکت پرستار در روابط بین فردی، الگوی حل مسئله، تمرکز بر هدف، ساختار گروهی، نقشهای بحران پرستاری مانند (ارایه دهنده مراقبت، معلم، مشاور، رهبر، مدیر و حمایت کننده بیمار) تأثیر می‌گذارد.

ارتباط گروهی

ارتباط گروهی شامل ارتباط گروههای کوچک و ارتباط گروهی سازمان یافته می‌باشد. هنگام مشخص نمودن گروه کارآمد و گروه ناکارآمد نکته مهم پویا بودن گروه می‌باشد.

برقراری ارتباط گروههای کوچک

برقراری ارتباط در گروههای کوچک هنگامی که پرستاران با دو نفر یا بیشتر ارتباط برقرار می‌نمایند، بر اساس وظیفه بوده و اعضاء باید جهت نیل به هدفشان با یکدیگر ارتباط برقرار نمایند. ملاقات پرسنل، یک کنفرانس درباره مراقبت از بیمار، جلسات آموزشی، یا حمایتهای گروهی، تمامی مثالهایی از برقراری ارتباط در گروههای کوچک می‌باشند. بیشتر مردم در فرآیند ارتباط دخیل بوده و این موضوع فرآیند را پیچیده‌تر می‌نماید.

ارتباط سازمان یافته

هنگامی که افراد و گروهها در یک ارتباط منظم به جهت رسیدن به اهداف ثابت مشارکت می‌نمایند ارتباط سازمان یافته ایجاد می‌شود. پرستاران خط مشی مؤسسه را مرور نموده و با نظم گروهی کار می‌کنند و یا با اطمینان از کیفیت ارتباطات سازمان یافته را بکار برده تا به هدفشان دست یابند.

گروه پویا

گروههای پویا را می‌توان بسیار ساده و به صورت چگونگی ارتباط اعضاء گروه با یکدیگر به جهت دسترسی به اهداف گروه بررسی

نمود. اگرچه یک رهبری مؤثر می‌تواند دستیابی به اهداف را تسهیل نماید لکن موفقیت یا مشکلات گروه به طور گسترده‌ای تحت تأثیر عملکرد رفتار اعضا می‌باشد. هر کدام از اعضای گروه بطور کامل از استعدادهای خود و قوای بین فردی جهت رسیدن گروه به اهداف مورد نظر استفاده می‌نمایند و این در حالی است که نیازهای افراد اعضاء گروه در نظر گرفته می‌شود. گروههای کار آمد دارای اعضایی هستند که به هم احترام متقابل می‌گذارند. در صورتی که اعضای گروه در جهت بی‌نتیجه نمودن فرآیند گروهی تلاش نمایند، رهبر یا اعضای دیگر گروه جهت ارتقاء برقراری ارتباط گروه باید با آنها مقابله نمایند.

گروههای کارآمد و ناکارآمد در صفحات بعد و در جدول ۱ـ۲۱ با هم مقایسه شده است نقشهای اعضای گروههای فردی می‌تواند به سه صورت طبقه‌بندی شود:

۱ـ نقش‌های وظیفه محور با تمرکز بر کاری که انجام شده برای مثال: دهنده اطلاعات، جستجو کننده اطلاعات، روشن کننده، هماهنگ کننده، نماینده بودن، نیرو دهنده یا ارزشیابی کننده.

۲ـ نقش‌های ساختاری یا حمایت کننده از گروه با تمرکز بر خوب بودن افراد جهت انجام کارها برای مثال: شنوندهٔ فعال، مطابقت دهنده، سازنده حقیقت، تسکین دهنده تنشها یا حمایت کننده

۳ـ نقش‌های خدمت رسانی به خود، که باعث پیشرفت نیازهای فردی اعضای گروهها می‌شود. برای مثال: جستجوگر، حکمفرما بودن، مهارکننده، موانع مخصوص، کناره‌گیری یا حمله کننده

در مورد گروههایی که عضو آنها هستید فکر کنید و ببینید آیا قادر به مشخص نمودن نقشهایی که خود و دیگر اعضا تمایل به ایفاء آن دارید می‌باشید. یک گروه اجرایی که ارزش بالای حضور و مشارکت کارکنان در طراحی و اجرای پروژه بازسازی بیمارستان را درک می‌نماید برای اطمینان و ایمنی بخشیدن به تغییرات مورد نظر از یک دیدگاه تیمی استفاده می‌کنند. قوانین اساسی برای اعضای گروه به صورت زیر مطرح می‌شود (اسکات و رانتز[1]، ۱۹۹۴، صفحه ۱۳).

- من می‌دانم که چکار انجام می‌دهم و اهداف گروهها مشخص می‌باشد.
- هرکس در قبال رئیس خود مسئولیتی دارد.
- هرکسی باید فعالانه شرکت داشته باشد.
- از جانب دیگران قدردانی و حمایت شود.
- هنگامی که من صحبت می‌کنم اعضای گروه گوش می‌دهند.
- عقاید مختلف مورد احترام است.
- ما از این که با هم کار می‌کنیم لذت برده و خوشحال هستیم
- هدف ما برتری است نه به کمال رسیدن
- حق رای در اعضای تیم مساوی است
- ما همیشه در صدد کسب آموزش و اطلاعات بیشتر هستیم
- هر چیز را سوال می‌کنیم هر چیز را به دست می‌آوریم
- ما یک لوح تمیز داریم
- ما خطاها را تغییر می‌دهیم
- این قابل قبول است که ریسک کنیم و موفق نشویم.

روشهای برقراری اطلاعات

افراد می‌توانند در فرایند ارتباط بطور همزمان گیرنده و فرستنده پیام در قالب کلامی و غیر کلامی باشند. هم ارتباط کلامی و هم غیر کلامی می‌توانند مجزا یا خودبخود ایجاد شوند.

ارتباط کلامی[2]

ارتباط کلامی تبادل اطلاعات با استفاده از کلمات می‌باشد که شامل کلمات نوشتاری و هم گفتاری است ارتباط کلامی وابسته به زبان است زبان یک راه قراردادی استفاده از کلمات جهت به مشارکت گذاردن مؤثر اطلاعات بین افراد می‌باشد زبان شامل تعریف مشترک کلمات و قرار دادن کلمات بر اساس روش و دستور معین می‌باشد. هر دو نوع نوشتاری و گفتاری ارتباط درباره فرد مسایل زیادی را آشکار می‌نماید. بعضی نکات در خصوص محل جغرافیایی یا اصول اخلاقی توسط روشی که شخص کلمات را به صورت معینی تلفظ نموده و یا از عبارات خاصی استفاده می‌نماید مشخص می‌شود. استفاده از لغات و ساختار جملات و نحوه تلفظ کلمات نشان‌دهنده وضعیت عقلانی یا میزان تحصیلات فرد بوده و ممکن است نشان‌دهنده این مسئله باشد که زبان انگلیسی زبان دوم فرد است. زبان به پرستار کمک می‌کند تا آنچه بیمار می‌داند و احساس می‌کند را بررسی نماید. در هر صورت پرستاران باید مهارتهای زبانی خود را جهت کمک به تاثیر متقابل در فرایند ارتباط تقویت کنند.

ایرونیا روزلینسکی خانم سالمندی که دچار پنومونی شده بود را به یاد بیاورید. بر اساس آنچه در تاریخچه پزشکی او ثبت شده بیمار کمی انگلیسی صحبت می‌کند. بنابراین پرستار باید تمامی دانش و سعی خود را جهت برقراری ارتباط کلامی بکار بسته و حین برقراری تعامل مطمئن باشد که پیام واضح بیان شده است.

1- scott and Rantz

2- Verbal communication

جدول ۱ـ۲۱. مشخصات گروههای کارآمد و ناکارآمد

متغیر	گروه کارآمد	گروه ناکارآمد
هویت گروه	ارزش اعضاء و وجود آنها و اهداف گروه به طور واضح و مشخص برشمرده می‌شوند.	اهداف گروه برای اعضای آن فاقد ارزش است
انسجام	عموماً اعضاء به هم اعتماد دارند، همدیگر را دوست داشته و نسبت به گروه وفادارند. همچنین دارای تعهد بالا و درجه اعلای همکاری هستند.	اعضاء اغلب نسبت به گروه و یکدیگر احساس بیگانگی می‌کنند تعهد کم افراد بیشتر تمایل به کار فردی دارند تا کار جمعی و گروهی
الگـــوی تأثـــیرات متقابل بر هم	اعضاء نسبت به هم صادق هستند روابط آنها مستقیم و آزادانه است اعضاء یکدیگر را حمایت، ستایش (قدردانی)، نقد و انتقاد می‌کنند.	افراد از ارتباط با هم مضایقه می‌کنند، نقشهایی را انجام می‌دهند که خود محور آن هستند (یعنی در غالب حکمفرما، مانع یا مهاجم) و این اعمال تحت کنترل قرار نمی‌گیرد.
تصمیم‌گیری	مشکـــلات مشـخص هســتند، روشـهای مـناسب تصمیم‌گیری به کار گرفته می‌شود که فردی کم اهمیت، پراهمیت، با وجدان یا متفق القول هستند، تصمیم‌ها پیگیری و اجرا می‌شوند. تعهد گروه برای تصمیمات بالااست	مشکلات بدون راه حل باقی می‌مانند مسئولیت کمی برای حل مشکلات نشان داده می‌شود. تعهد گروهی برای انجام تصمیمات کم است
مسئولیت	اعضاء نسبت به نتایج کار گروه و بازده آن احساس مسئولیت می‌کنند	اعضاء گروه نسبت به گروه مسئولیت پذیری کم دارند.
رهبری	سبکهای مؤثر رهبری به منظور براورده شدن اهداف مورد نظر	سبکهای ناکارآمد رهبری
قدرت	منابع قدرت بطور مناسب شناخته و استفاده می‌شوند حتی نیازها یا علایق افراد کم قدرت در نظر گرفته می‌شود.	قدرت برای حل فوری مشکلات مورد استفاده قرار می‌گیرد، توجه کم به نیازهای افراد فاقد قدرت

ارتباط کلامی به طور گسترده‌ای بوسیله پرستاران در هنگام ارایه برنامه مراقبت‌های پرستاری به بیماران و خانواده‌شان، ارایه گزارشات شفاهی به سایر پرستاران، نوشتن طرح‌های مراقبت و ثبت کردن در یادداشتهای پیشرفته پرستاری کاربرد دارد. مثالهای دیگری از ارتباط کلامی شامل: سخنرانی برای عموم، درج در مطبوعات و تهیه علامتها و پوسترهاست در هر کدام از این مثالها، توسط کلمات و زبان می‌توان با دیگران ارتباط برقرار نمود.

ارتباط غیر کلامی[1]

ارتباط غیر کلامی روش انتقال اطلاعات بدون استفاده از لغات بوده که در آن سخنی گفته نمی‌شود. گاهی اوقات به ارتباط غیرکلامی، زبان بدن[2] اطلاق شده که اغلب جهت درک زیرکانه و معنای پنهانی موجود در کلمات گفتاری به ما کمک می‌کند. برای مثال یک شخص ممکن است به یک سوال پاسخ دهد حال شما چطور است؟ که به سادگی جواب می‌دهد: خوبم.

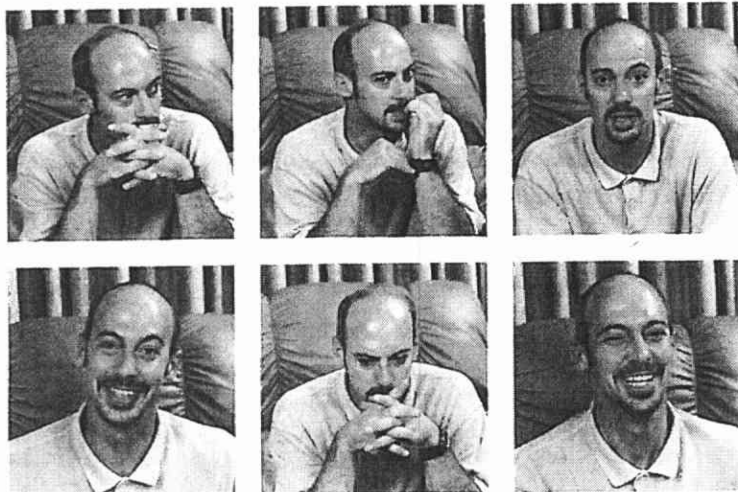
هر چند اگر این سوال همراه با خشکی و تنیدگی در حالات صورت باشد معنای واقعی پاسخ آن احتیاج به بررسی مجدد دارد. بنابراین پرستاران باید به دلایل برقراری ارتباط کلامی و غیر کلامی نامناسب توجه داشته باشند (شکل ۲ـ۲۱).

سوزی موساشی دختر ۳ ساله‌ای که در آغاز فصل دربارهٔ او صحبت شد را به یاد بیاورید. باید در نظر داشت که تفسیر رفتارهای غیر کلامی او جهت اجرای یک برنامه مراقبتی موثر، ضروری می‌باشد. برای مثال پرستار باید دلایل گریه او نظیر ترس، درد یا تنهایی را تفسیر نماید. بعلاوه پرستار نیاز است که معنای چرخیدن کودک به سمت درد را بررسی نماید. آیا او می‌خواهد که تنهایش بگذارم؟ آیا او ترسیده است؟ هر کدام از اطلاعات کسب شده باید مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. بنابراین بهتر است که پرستار جهت گسترده نمودن برنامه‌های مراقبتی نیازهای کودک را استخراج و خود را تجهیز نماید.

تبادل اطلاعات در ارتباط غیر کلامی به صورتهای مختلف انجام می‌پذیرد بطور کلی عقیده بر این است که ارتباط غیر کلامی بهتر از ارتباط کلامی معنای حقیقی پیام را بیان می‌نماید بنابراین پرستاران باید بر پیامهای غیر کلامی که ارسال نموده و یا دریافت می‌دارند آگاهی داشته باشند. مفهوم برقراری ارتباط

1- Non verbal communication

2- Body language



شکل ۲ـ۲۱. تماس چشمی، عدم وجود تماس چشمی، حالات صورت، وضعیت بدن، ژستها و سکوت پیامهای غیرکلامی را به گیرنده ارسال می‌نماید. شما چه پیامهایی از هرکدام عکسها دریافت می‌دارید؟

غیرکلامی بسیار قابل توجه بوده و بستگی به شخصیت فرد و الگوی فرهنگی او دارد. پرستارانی که با بیماران با زمینه‌های فرهنگی مختلف سروکار دارند باید تفاوتهای فرهنگی را درک نمایند تا از تعبیر نادرست در ارتباط غیر کلامی جلوگیری به عمل آید روشهای مختلف برقراری ارتباط غیر کلامی در زیر آمده است.

لمس[1]

حس لمس به عنوان یک روش برقراری ارتباط غیرکلامی به طور جدی فقط از سال ۱۹۶۰ تاکنون مورد مطالعه قرار گرفته است. لمس نمودن یک رفتار شخصی است و معنای مختلفی برای افراد مختلف دارد. تحقیقات نشان می‌دهد که تجارب لمس به طور گسترده‌ای تحت تأثیر خانواده، منطقه، طبقه و فرهنگ می‌باشد. بعضی عوامل مانند سن و جنس در برداشتهای فردی، به عنوان یکی از موثرترین راههای ارتباط غیر کلامی جهت بیان احساسات مانند آسودگی، عشق، دلبستگی، امنیت، عصبانیت، محرومیت، پرخاش، هیجان و بسیاری از موارد دیگر می‌باشد.

آقای گوردون بیماری که در مراحل آخر بیماری کبدی و در کما بوده را به یاد می‌آورید؟ توجه داشته باشید گرچه بیمار قادر به پاسخگویی کلامی یا درک نمودن می‌باشد لیکن پرستار باید با به کارگیری تکنیک لمس که دلالت بر رعایت احترام و علاقه به او است، این پیام کسی که به خاطرش و در کنارش می‌باشد را به بیمار انتقال دهد.

تماس چشمی[2]

ارتباط اغلب با تماس چشمی آغاز می‌شود. به عنوان مثال اغلب نگاه اجمالی روش جلب توجه برای آغاز مکالمه است علاوه بر این تماس چشمی سبب توجه و تمایل به گوش دادن و ادامه ارتباط می‌شود. عدم وجود تماس چشمی اغلب نشان‌دهنده اضطراب یا بی‌پناهی یا اجتناب از برقراری ارتباط می‌باشد. آمریکاییها برقراری ارتباط چشمی بصورت ارتباط غیر کلامی را نشانه یک فطرت حقیقت‌گرا می‌دانند. در فرهنگ آسیایی‌ها و آمریکایی‌های بومی معنای تماس چشمی تجاوز به حریم دیگران است. در بعضی فرهنگها به مردم یاد می‌دهند که با نگاه کردن توام با بی‌احترامی به بزرگترها و مقام مافوق اجتناب ورزند. به علاوه خود چشمها نیز پیامهای غیر کلامی را منتقل می‌سازند. برای مثال هنگام عصبانیت چشمها به یک نقطه ثابت می‌شود و در هنگام ابراز تنفر تنگ و در هنگام ترس گشاد می‌شوند. خیره شدن می‌تواند نشان‌دهنده رویاپردازی و یا بی‌توجهی فرد باشد. ممکن است بعضی از افراد که ترسیده‌اند نتوانند صحبت کنند و فقط چشمهایشان پیام ترس آنها را ارسال می‌کند. خیره شدن می‌تواند نشان‌دهنده رویاپردازی و یا بی‌توجهی فرد باشد.

حالات صورت[3]

صورت یکی از پرحالترین قسمتهای بدن است. مثالهایی از پیامهای مختلف که توسط حالات صورت انتقال می‌یابد شامل

1- Touch
2- Eye contact
3- Facial expressions

عصبانیت، لذت بردن، بد گمانی، غمگینی، ترس و تحقیر می‌باشد. بعضی مردم حالات صورتشان بسیار معنی‌دار است. در صورتی که بعضی دیگر احساسات خود را مخفی می‌نمایند و تعیین این که آنها واقعاً به چه فکر می‌کنند مشکل خواهد بود. پرستاران باید کنترل نمودن بعضی از حالات صورتشان را بیاموزند.

برای مثال سوزی موساشی دختر ۳ ساله‌ای که سوخته بود را به خاطر بیاورید. کودکان در سنین قبل از مدرسه ذاتاً کنجکاو می‌باشند. بنابراین سوزی ممکن است عکس‌العمل پرستار را هنگام تعویض اولین پانسمان سوختگی تحت نظر داشته باشد. باید توجه داشت که نشانه‌ای از تنفر یا بیزاری می‌تواند تأثیری عمیق بر تصویر ذهنی کودکان و بهبودیشان داشته باشد.

وضعیت بدنی[1]

حالتی است که فرد به بدن خود داده و می‌تواند پیامهای غیر کلامی را انتقال دهد. افرادی که از سلامتی خوب و اعتماد به نفس بالایی بهره می‌برند معمولاً بدنشان را در وضعیت مناسبی قرار می‌دهند. افراد افسرده و خسته بیشتر حالات بدن خمیده به خود می‌گیرند وضعیت بدنی اغلب پیامهای غیر کلامی مربوط به درد و محدودیتهای جسمی را بیان می‌نمایند. برای مثال ظاهر خشک و سخت می‌تواند یک علامت خوب برای تحت فشار بودن و درد باشد.

طرز راه رفتن[2]

راه رفتن با وقار و هدفدار معمولاً حاصل پیام سلامتی است راه رفتن بدون هدف و این سو و آن سو رفتن اغلب نشان‌دهنده غمگینی یا دلسردی می‌باشد. بعضی بیماریها موجب راه رفتن به طریقه خاصی می‌شوند. برای مثال بیماری که به تازگی دوران بهبودی پس از جراحی شکمی را داشته معمولاً به صورت خمیده به سمت جلو و آهسته راه می‌رود و ممکن است جهت راه رفتن نیاز به کمک فرد یا گرفتن نرده داشته باشد.

ژستها[3]

حرکات قسمتهای مختلف بدن می‌تواند حامل پیامهای متفاوتی باشد برای مثال بالا بردن دو انگشت نشانه پیروزی است. لگد زدن به یک شی اغلب نشانه عصبانیت و مشت کردن دستها یا ضربه زدن آهسته با پا معمولاً دلالت بر اضطراب یا عصبانیت دارد. دست تکان دادن نشان‌دهنده اشاره به فرد برای جلو آمدن می‌باشد اگر تکان دادن دست به روش دیگری به کار رود نشان‌دهنده راندن فرد است. هنگامی که دو نفر با زبانهای مختلف با هم صحبت نموده و کوشش دارند که با هم ارتباط برقرار نمایند معمولاً از حرکات و اشارات بسیار زیاد استفاده می‌کنند.

آقای راسلینیسکی مرد سالمند ۷۵ ساله‌ای که دچار پنومونی شده بود را به یاد می‌آورید؟ ژستهای او ممکن است برای برقراری ارتباط بسیار مفید باشد این مسئله بخصوص در بیمارانی که از نظر حس شنوایی و تکلم دچار مشکلاتی می‌باشند کمک کننده است.

ظاهر عمومی بدن[4]

بسیاری از بیماریها حداقل سبب بعضی تغییرات در وضعیت ظاهر عمومی بدن می‌شوند مشاهده تغییرات در ظاهر یکی از مسئولیت‌های مهم پرستار جهت شناخت بیماری و یا ارزشیابی تأثیر مراقبت و درمان می‌باشد برای مثال فردی که مایعات کافی دریافت ننموده پوست خشک دارد و به آسانی چروک می‌خورد ظاهر چشمها ممکن است گود افتاده، عروسکی و عضلات نیز توده ضعیف داشته باشند. بعبارت دیگر فردی که از وضعیت سلامتی خوبی برخوردار است شرایط سلامتی او از وضعیت ظاهرش مشخص می‌باشد.

وضعیت لباس و آراستگی

لباس پوشیدن و وضعیت آراستگی یک فرد اعمالی هستند که پیامهای مهم غیر کلامی را منتقل می‌نمایند. برای مثال افراد سالم با اعتماد به نفس بالا تمایل دارند به جزئیات لباس پوشیدن و وضعیت آراستگی خود توجه خاص نمایند. در حالی که کسانی که اعتماد به نفس پایین دارند کمتر به این موارد علاقمند هستند. افرادی که احساس بیماری می‌نمایند اغلب توجه کمی به ظاهر خود دارند و هنگامی که به وضعیت لباس پوشیدن و ظاهرشان علاقمند می‌شوند نشانه بازگشت سلامتی است.

صداها

گریه کردن، ناله کردن، نفس نفس زدن و آه کشیدن همراه با صدا از اشکال غیر کلامی ارتباط می‌باشند. بعضی صداها را می‌توان به صورت متفاوتی تفسیر نمود.برای مثال یک فرد ممکن است

1- Posture
2- Posture
3- Gesture
4- General physical Appearance

بخاطر غمگینی با هیجان گریه کنند. نفس نفس زدن اغلب نشان‌دهنده ترس، درد و یا متعجب شدن می‌باشد. آه کشیدن ممکن است نشانه عدم تمایل در انجام کارها یا نشانه تسکین باشد.

سکوت

دوره‌های سکوت در طی مصاحبه اغلب پیامهای غیر کلامی مهمی را به ما انتقال می‌دهد. سکوت بین دو نفر ممکن است نشان‌دهنده درک کامل یکدیگر و یا نشانه عصبانیت آنها از همدیگر باشد. سکوت و موارد استفاده و مفاهیم آن در این فصل بحث خواهد شد.

عوامل موثر در برقراری ارتباط

عوامل مؤثر در برقراری ارتباط شامل ملاحظات تکاملی، جنسیت، تفاوتهای فرهنگی، اجتماعی، نقشها و مسئولیت‌ها، فضا و قلمرو، شرایط جسمی، عقلانی و احساسات و محیط می‌باشد.

ملاحظات تکاملی

میزان تکامل زبان متفاوت بوده و به قابلیت سیستم عصبی و تکاملی شناختی بستگی دارد. این موضوع به پرستاران کمک می‌کند که فرآیند تکامل زبان را به خوبی تکامل عقلانی، روانی و اجتماعی درک نموده و بتوانند به طور اختصاصی با تمامی بیماران و خانواده‌شان در تمامی گروههای سنی ارتباط برقرار نمایند.

سوزی موساشی کودک ۳ ساله‌ای که دچار سوختگی شده بود را به یاد می‌آورید؟ پرستار باید دانش خود را جهت گسترده نمودن برنامه مراقبتی از کودکان بخصوص نمونه‌هایی از ترس کودکان در سن قبل از مدرسه (مانند ترس از مکان جدید و ترس از تاریکی) را تلفیق نماید. تعریف و تمجید نمودن از ظاهر کودکان در سنین قبل از مدرسه موجب می‌شود که اعتماد به نفس پیدا کنند. بروز سوختگی مستقیماً بر ظاهر کودکان تأثیر داشته و ممکن است تهدید کننده اعتماد به نفس باشد. بنابراین پرستار لازم است که به ترسهایی که کودک در حال حاضر در رابطه با سوختگی و درمانهای انجام شده و تاثیرات آن بر اعتماد به نفس‌شان دارد توجه نماید.

مراحل تکاملی در فصول ۱۸، ۱۹ و ۲۰ نشان داده شده است. دانستن این که هر گروه سنی بطور معمول چطور سلامتی، بیماری و اعمال بدنی را احساس می‌کند، پرستاران را در انجام مداخلاتشان با بیمار راهنمایی می‌نماید. برای مثال یک کودک ۱۰ ساله که درک محدودی از عفونت دارد پرستار باید برای او به صورت ساده توضیح دهد تا کودک بدون ترس همکاری نماید. یک فرد بالغ که دارای تفکر انتزاعی تکامل یافته است می‌تواند جزئیات را بیشتر و کاملتر توضیح داده هنگام برقراری ارتباط با بالغین وجود خانواده‌شان کمک کننده خواهد بود. ارتباط با افراد بالغ می‌تواند تحت تأثیر سالهایی که از نظر سلامتی تجارب مثبت یا منفی و یا اطلاعات نادرست کسب نموده‌اند قرار گیرد. پرستارانی که با مددجویان پیرتر ارتباط برقرار می‌نمایند باید مشکلات شنوایی، بینایی (در این فصل بحث خواهد شد) گیجی، یا افسردگی را بررسی نمایند زیرا هر کدام از اینها می‌تواند در تعاملات بیمار و پرستار دخالت داشته باشد.

جنسیت

مردان و زنان روشهای مختلفی جهت برقراری ارتباط داشته و ممکن است تعابیر متفاوتی از مکالمات مشابه داشته باشند. تانن[1] (۱۹۹۰) معتقد است که دخترها و پسرها از نظر ارتباطی به شکل متفاوتی رشد می‌یابند دخترها به هر صورت با بهترین دوستانشان ارتباط برقرار می‌نمایند و از زبانشان جهت تأیید شدن، کاهش اختلافات یا ثبوت و تقویت صمیمیت استفاده می‌نمایند. پسرها، با بکارگیری زبان استقلال خود را نشان داده و فعالیتهای اجتماعی را در قالب گروههای بزرگ انجام می‌دهند. برخلاف این عقیده توینسند[2] در سال ۲۰۰۰ اظهار می‌دارد در جامعه آمریکایی نقش جنسیت در حال تغییر است زیرا تمایزات نقشهای جنسی در حال کم‌رنگ شدن است. عواملی که در این تغییر دخالت دارند استفاده از واژه همجنس در زبان ما و حقیقت زن و مرد به عنوان یک جنس دیگر در فرهنگ مشخص است.

این مسئله برای پرستاران حائز اهمیت است و باید بر این حقیقت حساس باشند که مردان و زنان ممکن است به طور متفاوتی ارتباط برقرار نمایند. بعلاوه ممکن است برای پرستاران لازم باشد که با بیماران با جنس‌های مختلف سر کار داشته باشند. بنابراین بیمار و پرستار هر دو با دقت پیامی را که دیگری سعی دارد با آن ارتباط برقرار نماید را دریافت می‌نمایند.

تفاوتهای فرهنگی و اجتماعی

پرستاران لازم است مهارتهای خود در زمینه‌های شناخت تأثیر فرهنگ، وضعیت اقتصادی و شیوه زندگی و سبک مورد

1- Tannen 2- Towensend

قبول بیمار که نحوهٔ برقراری ارتباط را تحت تأثیر قرار می‌دهند را گسترش دهند. این مسئله به پرستار کمک می‌کند که بداند چرا بیمار ارتباط برقرار می‌نماید و فرهنگ، شیوهٔ زندگی، زبان، الگوهای رفتاری، سنتها و اعتقادات از نسلهای گذشته آموخته شده و به آیندگان انتقال می‌یابد.

فرهنگ بر دیدگاه فرد نسبت به دنیا (مانند فلسفه زندگی) تأثیر گذاشته و موجب برقراری رابطه با محیط اطراف، مذهب، زمان و دیگران می‌گردد. فرهنگ موجب وضع قوانینی مخصوص برای هر شخص در هر کدام از وقایع کلی زندگی، تولد، ازدواج، بچه‌دار شدن، بیماری درد و مرگ می‌شود (لاکمن ۱۹۹۹، صفحه ۲۲).

بنابراین شناخت فرهنگ بیمار جهت درک ارتباط غیر کلامی به پرستار کمک می‌کند و او را قادر می‌سازد که مراقبت‌های پرستاری صحیحی به بیمار و خانواده‌اش ارایه دهد. برای مثال در بعضی فرهنگها زنان ممکن است از مسائل شخصی در حضور همسرشان صحبت نمایند. به همین دلیل پرستاران مراقبت کننده از مادر و نوزاد ممکن است مجبور باشند با همسر بیمار درباره مراقبت‌های پس از زایمان صحبت نمایند. سیستم ارایه دهنده مراقبت‌های بهداشتی باید از فرهنگ، ارزشها و زبان مراجعین خود اطلاع داشته باشند. پرستاران باید از ارزشهای فرهنگی آگاه باشند. همچنین بهتر از اصطلاحات قراردادی هنگام صحبت کردن با مددجو استفاده شود. مگر این که بیمار یک فرد متخصص در امر مراقبت‌های بهداشتی باشد استفاده از اصطلاحات پزشکی (مانند انفارکتوس میوکارد برای حمله قلبی، حوادث مغزی عروقی برای ضربه یا حمله مغزی، یا کلیستکتومی برای عمل جراحی کیسه صفرا) معمولاً بیماران را منصرف و از برقراری ارتباط بیشتر باز می‌دارد.

نقشها و مسئولیت‌ها

شغل یک فرد ممکن است یک نظر کلی در خصوص توانایی‌ها، استعداد، علایق و شرایط اقتصادی به پرستار بدهد. کلیشه‌ای رفتار کردن با بیمار بر اساس شغلش می‌تواند سبب گمراهی شود اگرچه می‌توان از آن جلوگیری نمود. این مسئله بخصوص در مراقبت از یک فرد متخصص در طی مراقبت‌های درمانی که همه چیز را درباره موقعیتش می‌داند و احتیاج به همکاری کم پرستار، آموزش و مشاوره دارد می‌تواند مشکل‌ساز باشد. تمامی تلاش پرستار مراقبت کننده باید متمرکز بر احترام گذاشتن به نقشها و مسئولیت‌های فرد باشد تا بدون آن که نیازهای مراقبتی بیمار نادیده گرفته شود روش بهتری جهت تأثیر بیشتر در امر برقراری ارتباط استفاده شود. برای مثال یک وکیل موفق ممکن است حق‌العمل خود را گرفته و خودکفا باشد. یک پرستار ماهر به این مسئله توجه می‌نماید و روزنه‌ای جهت به تحقق پیوستن نیازهایش فراهم می‌کند. بنظر می‌رسد که با این روش شما بهتر هستید. اما من می‌دانم که اغلب بیماران سوالاتی دارند که هرگز جواب آن را دریافت ننموده و یا از روی ترس نمی‌توانند آن را به زبان بیاورند. آیا اینجا چیزی هست من می‌توانم تا وقتی که اینجا هستم به شما کمک کنم؟ بطور خلاصه پرستاران باید دقت نمایند تا شکایت فردی که هرگز چیزی درخواست نمی‌نماید را نادیده نگیرند. زیرا بی‌اعتمادی بین افراد حرفه‌ای و بیمار باعث احساس ترس در برقراری ارتباط می‌شود.

فضا و قلمرو[1]

افراد بطور کلی در ناحیه‌ای که اذعان می‌دارند در آن مالکیت دارند احساس آرامش بیشتری می‌نمایند. همه ما هنگامی که به خانه خودمان می‌رسیم احساس راحتی نموده کفشها و لباس رسمی‌مان را درآورده و احساس آرامش می‌کنیم. این خواسته که حقی انحصاری برای فضاهای مخصوصی قائل شویم قلمرو نامیده می‌شود. شما باید توجه داشته باشید که بیماران معمولاً هنگامی که در خانه‌هایشان، گردشگاه زیبا و سالم، یا در یک مؤسسه مصاحبه می‌شوند، رفتارهای متفاوتی دارند. خلاصه این که افراد تیم مراقبت کننده بهداشتی ممکن است هنگام حضور در مؤسسه مربوطه رفتارهای متفاوتی داشته باشند تا به عنوان مهمان وارد خانه بیمار شده و مراقبتها را ارایه دهند. این مهم است که چگونگی تأثیر قلمرو بر ارتباط بین پرستار ـ بیمار درک شود.

در طی برقراری تعاملات، شناخت اختلاف واقعی فیزیکی بین پرستار و بیمار حائز اهمیت می‌باشد. هر فرد احساسی در خصوص میزان فضایی که برای خلوت نیاز دارد و همچنین فاصله‌ای که بهتر است بین افراد باشد دارد. بعضی از آنها به طور سنتی معین شده و بعضی نیز وابسته به طرز تفکر هر فرد می‌باشد. به هر حال از ۱۸ اینچ تا ۴ فوت ممکن است فاصله مناسب برای پرستار جهت نشستن در کنار بیمار برای انجام مصاحبه باشد. باید توجه داشت که آیا بیمار از نزدیک شدن کناره‌گیری می‌کند یا، یاد می‌گیرد که به پرستار نزدیک شود زیرا بسیاری از مداخلات پرستاری در نزدیکی به بیمار انجام می‌شود و این مسئله موجب نزدیکی بیشتر آنها می‌شود. ضروری است به

1- Space and territoriality

این مسئله حساس باشیم که بعضی بیماران تا چه حد به میزان فضای خصوصی خود عادت نموده‌اند. پس این گونه مسائل برایشان اهانت‌آمیز خواهد بود. پرستاران باید قبل از لمس بیماران در هنگامی که در خلوت می‌باشند کسب اجازه نموده و به این مسئله به طور جدی عادت نمایند. اگرچه بسیاری از مردم به دستها، بازوها، شانه‌ها و پشتشان در مکانهای اجتماعی توجه دارند ولی بایستی به نواحی خاصی چون صورت، پاها، گردن، بخش قدامی بدن و ناحیهٔ ژنیتال حساسیت زیادی داشته باشیم.

شرایط جسمی، عقلانی و احساسات

درجه و میزانی که مردم از نظر جسمی راحت بوده و از نظر احساسی و ذهنی فارغ باشند تا بتوانند در مداخلات دو جانبه شرکت نموده و بر ارتباط تأثیر بگذارند اهمیت دارد. یک مثانه پر، یک درد کسل کننده یا یک اثر درد قفسه سینه خرد کننده، اضطراب از تشخیص یا درباره آنچه در برگشت به خانه یا در محل کار اتفاق می‌افتد و ترس همگی می‌توانند به طور منفی در برقراری ارتباط تأثیر بگذارند. اگر بیمار فکر می‌کند که پرستار می‌خواهد به او صدمه بزند لازم است که به موانع فیزیکی، عقلانی و احساسات حساسیت بیشتری نشان دهند تا بتوانند ارتباط مؤثری برقرار نمایند. اختلالات شناختی بیماران، پرستاران را با چالشهای ارتباطی ویژه‌ای مواجه می‌کند برای مثال بیمار سالمندی که مبتلا به آفازیاست و به دلیل درد ناشی از آبسه دندان آزیته شده و ممکن است نتواند با پرستار ارتباط برقرار نماید را در نظر بگیرید. جدول ضمیمه طبقه‌بندی مداخلات پرستاری و فعالیتهای محرک شناختی مفید را در زمان برقراری ارتباط با این بیماران پیشنهاد می‌کند.

ایرونیاروزلینسکی خانم ۷۵ ساله‌ای است که دچار کانفیوژن شده و نیاز به ارزیابی پرستاری دارد را به یاد مـی‌آورید؟ ممکن است میزان کانفیوژ بودن بیمار موجب بروز چالشهایی برای پرستار به هنگام اخذ اطلاعات جهت ثبت تاریخچه پرستاری باشد. بیمارانی که به سختی انگلیسی صحبت می‌کنند این چالشها در موردشان پیچیده‌تر می‌شود. پرستار باید واضح، شمرده و با اصطلاحاتی که بیمار آنها را درک می‌نماید، صحبت نماید. بعلاوه پرستار باید به قدر کافی زمان جهت پاسخگویی در اختیار بیمار قرار داده و منابع دیگری که جهت کسب اطلاعات نیاز است را جستجو نماید.

مثالهایی از مداخلات پرستاری طبقه‌بندی شده (NIC)
انتخاب فعالیتهای محرک حیطه شناختی

- مشورت با خانواده جهت شناخت اساسی بیمار قبل از مصدومیت
- مطلع نمودن بیمار از اخبار غیر تهدید کننده
- ایجاد محرکات محیطی از طریق تماس با افراد گوناگون
- آماده نمودن یک تقویم
- آگاهی دادن نسبت به زمان، مکان و شخص
- فراهم آوردن محرکات حسی طراحی شده
- استفاده از تلویزیون، رادیو یا موزیک به عنوان بخشی از برنامه‌های محرک مدون
- تقویت یا تکرار اطلاعات
- آماده‌سازی اطلاعات در بخشهای واقعی و کوچک

ارزشها

برقراری ارتباط تحت تأثیر روشی که افراد خود و دیگران را ارزیابی می‌نمایند قرار گرفته و در کلیه روابط متقابل انسانی، به عنوان هدف تلقی می‌شود پرستارانی که اعتقاد دارند ارایه آموزش یکی از جنبه‌های مهم پرستاری است و آنهایی که برای اختیار دادن به بیماران ارزش قائلند در ارتباط با بیماران خود بر این عامل تاکید می‌کنند برعکس، پرستاری که به اهمیت آموزشی اعتقاد ندارد بنظر نمی‌رسد که یک معلم مؤثر باشند خلاصه این که بیماران با انگیزه (یا بدون انگیزه) جهت گسترش رفتارهای جدید مراقبت از خود نمی‌توانند یاری دهنده باشند اما بر ارتباط پرستار ـ مددجو تأثیر می‌گذارند.

محیط

هنگامی ارتباط به بهترین نحو برقرار می‌شود که محیط تبادل اطلاعات مورد نظر را تسهیل نماید. محیطی که اکثر ارتباطات در آن انجام می‌شود باید آرام و امن باشد.

هدف از این تعامل آرامش دادن و حفظ خلوت بیمار می‌باشد. استفاده از موزیک، هنر و دکوراسیون داخلی ممکن است سبب احساس راحتی در بیماران شود. بیماری که بتازگی عفونت سندرم نقص اکتسابی سیستم ایمنی (HIV) برای او مطرح شده است برایش مشکل خواهد بود که نکات ضروری تاریخچه جنسی و یا در خصوص زگیلهای ناحیه تناسلی بدلیل در دسترس نبودن یک اتاق خلوت، در یک راهروی شلوغ مصاحبه و بحث نماید. یک کودک نوپا ممکن است هنگامی که والدین، حیوان پشمی مورد علاقه یا پتویش را در کنارش قرار دهند با پرستار ارتباط بهتری برقرار نماید.

استفاده از ارتباط درمانی در فرآیند پرستاری

توانایی پرستار در برقراری ارتباط با بیماران و سایر پرستاران، جهت استفاده مؤثر از فرآیند پرستاری ضروری است (به تحقیق بیان شود در جدول ضمیمه توجه نمایید) دانش مربوط به فرایند ارتباط و روش موثر برقراری ارتباط در تمامی مراحل فرآیند پرستاری، یک پایه و ضرورت است در عین حال، فرآیند پرستاری، رهبری و هدایتی را که لازمه برقراری ارتباط مؤثر با بیماران است را در اختیار پرستار قرار می‌دهد.

بررسی و شناخت

از آنجا که تاکید اصلی مرحله بررسی و شناخت روی جمع‌آوری اطلاعات است ارتباط کلامی و غیر کلامی به عنوان مهمترین ابزار پرستاری تلقی می‌شوند پرستاران لغات مکتوب را جهت کسب اطلاعات مربوط به بیماران بکار می‌برند. همچنین پرستاران اغلب قبل از ملاقات با بیمار پرونده و چارتشان را مطالعه می‌نمایند. لغات گفتاری جهت ارایه و دریافت اطلاعات از سایر پرسنل تیم سلامتی، استفاده می‌شود. که البته یک کار مشترک از زمان پذیرش بیمار در یک واحد بیمارستانی می‌باشد. پرستاران جهت تهیه شرح حال پرستاری و معاینات بالینی با یک یک بیمارانشان ارتباط برقرار می‌نمایند. تکنیکهای ارتباط موثر، به خوبی مهارتهای مشاهده‌ای و بطور گسترده در این مرحله استفاده می‌شود. اطلاعات جمع‌آوری شده کلامی و غیر کلامی تجزیه و تحلیل شده سپس به صورت ارتباط مکتوب و یا شفاهی به افراد مناسب انتقال داده می‌شود.

تشخیص

بعد از این که پرستار، تشخیص پرستاری را تنظیم نمود، باید از طریق کتبی و شفاهی به سایر پرستاران و بیمار منتقل شود. تشخیص ثبت شده در پرونده بیمار به عنوان یک بخش دائمی از پرونده بیمار محسوب می‌شود.

تعیین پیامدهای قابل انتظار و برنامه‌ریزی

در مرحله طرح و برنامه‌ریزی، بعد از آنکه اهداف و پیامدها توسعه یافته و مداخلات انتخاب شدند، نیاز به برقراری ارتباط بین بیمار و پرستار و سایر اعضای گروه می‌باشد. به همین دلیل یک پرستار به ندرت قادر است به تنهایی تمامی بخشهای یک برنامه را انجام دهد لذا ارتباط شفاهی و کتبی در این مرحله بر اگاهی دادن دیگران بر آنچه جهت دستیابی به اهداف کوتاه مدت و بلند مدت لازم است انجام شود تکیه دارد. نوشتن رسمی برنامه مراقبتی نوعی از برقراری ارتباط می‌باشد بدون برقراری ارتباط طرح و برنامه‌ریزی پرستاری هرگز به مرحله اجرا نخواهد رسید.

اجرا

پرستاران در هنگام اجرای برنامه‌های مراقبتی چندین نقش را تقبل می‌نمایند. ارتباط کلامی و غیر کلامی به پرستاران اجازه می‌دهد که میزان ارایه مراقبت‌های اساسی را توسعه داده و در طی مرحله اجرا بیماران و خانواده‌هایشان را آموزش داده، با آنها مشورت نموده و آنها را حمایت نمایند. حتی یک دستور ساده پرستاری مانند تشویق به نوشیدن ۱۰۰ سی‌سی مایعات در هر ساعت پس از بیداری نیاز به ارسال پیامهای بیشمار بین پرستار و بیمار دارد. پرستار باید توضیح دهد که چرا مصرف مایعات مهم هستند چه مایعاتی مفید بوده و چه میزان مورد نیاز می‌باشند. در مقابل بیمار به پرستار اطلاعاتی در خصوص توانایی یا عدم توانایی خود جهت پذیرش دستورات می‌دهد. پیامهای کلامی و غیر کلامی بیمار در حین تعامل پرستار ـ بیمار بررسی می‌شود و سپس اجرای برنامه مراقبتی در گزارشات بیمار توسط پرستار ثبت می‌شود.

ارزشیابی

پرستاران اغلب بر اساس اشارات کلامی و غیر کلامی که از بیماران دریافت می‌دارند دستیابی به اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت بیمار را ارزیابی می‌کنند. برقراری ارتباط همچنین اصلاح در بخشهایی از برنامه مراقبتی را از طریق تبادل پیامهای مثبت و منفی بین پرستار ـ بیمار تسهیل می‌کند.

ثبت ارتباط

هرگونه اطلاعاتی که جهت بررسی مداوم نیازها و وضعیت بیمار مورد احتیاج است باید در محل مناسبی ثبت شود. حتی اگر این اطلاعات محرمانه باشد. این مدارک جهت توسعه تداوم در امر مراقبت‌های انجام شده بوسیله پرستاران و سایر اعضای تیم بهداشتی استفاده می‌شود. از آنجایی که پرستار نمی‌تواند در تمامی ۲۴ ساعت در اختیار بیمار باشد، اطلاعات با اهمیت باید از طریق یادداشتهای پرستاری در رابطه با سیر بهبودی بیمار و برنامه‌های مراقبتی انتقال یابد، ثبت گزارشات در فصل ۱۷ بحث خواهد شد.

استفاده از ارتباط یاری دهنده در فرآیند ارتباطات

پرستار و سایر پرسنل مراقبت دهنده بهداشتی که به مراکز مراقبت‌های بهداشتی وارد می‌شوند قصد کمک به مردم را دارند این امر به صورت اتفاقی امکان‌پذیر نبوده و بیشتر با برقراری یک ارتباط هدفدار به تحقق می‌پیوندند ارتباط یاری دهنده بین

پژوهش در پرستاری

توسعه مهارتهای برقراری ارتباط به روش متفاوت

کاترین نوس کوتسکی (katrin nusskotecki) (۲۰۰۲) دانشجوی پرستاری کارشناسی برقراری ارتباط در مؤسسات بالینی و بهداشتی مجله آموزش پرستاری می‌باشد. در این تحقیق بر روی تئوری نحوهٔ برقراری ارتباط دانشجویان پرستاری بحث و بررسی شده است. بر اساس تئوری عمومی سیستم کینگ (King) ارتباط کلید درک مفاهیم برای سیستمهای اجتماعی است. در تئوری کینگ سه مفهوم در سیستم‌ها با هم تعامل دارند: فردی، بین فردی و اجتماعی

ارتباط یعنی این که تعاملات اجتماعی و یادگیری چگونه اتفاق می‌افتد (کینگ ۱۹۷۱) آموزش پرستاری فرآیند ارتباط تحت تأثیر انتظارات، نیازها و اهداف دانشجویان قرار می‌گیرد. کاترین نوس کوتس‌کی مشخص نمود که دانشجویان پرستاری یک مشکل روانی اجتماعی اساسی در مجموعه‌های بالینی از گفتن جمه همه چیز درست است به بیمار دارند.

او با ۲۲ دانشجو مصاحبه نمود و ۱۴ دانشجو را در محیطهای بالینی مختلف مشاهده نمود. یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که دانشجویان از طریق یادگیری چهار مرحله فرآیند ارتباط پیشرفت می‌کنند. استراتژی تعیین شده در مرحله یک تصدیق خودشان بود. دانشجویان از خود انعکاسی، پیش‌بینی و توقعاتشان استفاده می‌کردند. این مرحله شامل ارتباط با خود یا صحبت با خود و مرحله دوم جلب توجه بیمار بود. در مدت این مرحله دانشجویان ترس از تحمیل خصوصاً زمانی که وارد خانه بیمار جهت ویزیت می‌شوند را مطرح می‌نمودند. برای جلب اعتماد بیماران در این حیطه دانشجویان درک نمودند که به نقش مراقبتی پرستار نیاز دارند. در مدتی که دانشجویان در حال جلب اعتماد بیمار بودند، الگوهای برقراری ارتباط اجتماعی حرفه‌ای و صحبت فردی را یاد گرفتند. در مرحله سوم عوامل مخرب ارتباط را تجربه نمودند. دانشجویان مشکلات زبان در بیمار، قربانی تروما شدن و اختلال نرولوژیکی منابع اصلی اشکال در ارتباط را تعیین کردند. دانشجویان یاد گرفتند که از تکنیکهای قبلی برقراری ارتباط با استفاده از صحبت‌های واقعی پرستار در هنگام مشاهده تعامل با پرستاران فارغ‌التحصیل استفاده نمایند. در مرحله چهارم مجموعه ارتباطی را فهرست و پالایش می‌نمودند. دانشجویان برای حل مشکلات ارتباطی کار می‌کردند و شخصیت افراد را به عنوان استراتژی مهم در برقراری ارتباط با بیمار در نظر گرفتند. در این مرحله دانشجویان یاد گرفتند منعطف بوده و استراتژیهای متفاوتی را در برقراری ارتباط یا در زمان ضرورت از روشهای ویژه‌ای استفاده نمایند.

مرتبط با اعمال پرستاری

این مطالعه به دانشجویان اجازه داد فرآیند برقراری ارتباط را درک نمایند. دانشجویان از الگوهای رفتاری متفاوت در هنگام فراگیری نقش‌شان به عنوان پرستار و ارتباط گر و از تکنیکهای مختلفی در برقراری ارتباط و افزایش توانایی در برقراری ارتباط درمانی استفاده کردند. همچنین دانشجویان از مهارتهای کسب شده به عنوان مدلهایی برای مهارت برقراری ارتباط استفاده نمودند.

بسیاری از افرادی که جهت ارضاء نیازهای بشری همکاری دارند وجود دارد. در این کتاب، منظور از عبارات ارتباط یاری دهنده، ارتباطات بین پرستار و بیمار می‌باشد (شکل ۳ـ۲۱). یک ارتباط یاری دهنده شرایطی را جهت افراد مشارکت کننده ایجاد می‌نماید تا به سوی هدفهای مشترکشان به جهت دستیابی به نیازهای اساسی بشر حرکت نمایند. بنابراین نتیجه موفقیت‌آمیز یک ارتباط یاری دهنده، خشنودی و رضایت است هنگام برقراری ارتباط یاری دهنده بین پرستار و بیمار، پرستار به بیمار جهت رسیدن به هدف و ارضاء نیازهای اساسی اش کمک می‌نماید. پرستار به عنوان کمک کننده و بیمار شخصی است که کمک را دریافت می‌نماید. گاهی اوقات ارتباط یاری دهنده بین پرستار و بیمار، ارتباط یاری دهنده بیمار ـ پرستار نامیده می‌شود کیفیت برقراری ارتباط فرد با اشخاص دیگر، یکی از مهمترین عناصری است که مؤثر بودن کمک ارایه شده را تعیین می‌کند. از متداولترین مشکلاتی که می‌تواند در مراقبت‌های پرستاری ایجاد شود، ناتوانی در برقراری رابطه و یک ارتباط یاری دهنده توام با اعتماد با سایر اشخاص می‌باشد (واتسون[1]، ۱۹۸۵، ص ۲۴) بطور کلی برقراری ارتباط به معنای آن است که پرستار از یک رابطه ثابت و ارتباط یاری دهنده استفاده نماید.

ارتباط یاری دهنده در مقابل ارتباط اجتماعی

تفاوت بین یک ارتباط یاری دهنده و ارتباط دوستانه بسیار حائز اهمیت می‌باشد. ارتباط یاری دهنده شامل بسیاری از ویژگیهای ارتباط اجتماعی بوده که در اجزاء تشکیل دهنده مانند توجه، علاقه و اعتماد و رشد دارای وجه اشتراک بوده و تفاوتهای عمده‌ای نیز با هم دارند:

- ارتباط یاری دهنده مانند بسیاری از ارتباطات اجتماعی خودبخود به وجود نمی‌آید. این نوع ارتباط به منظور خاص و با افراد خاص صورت می‌گیرد.
- یکی از ویژگیهای ارتباط یاری دهنده این است که اطلاعات بطور نامساوی تقسیم می‌شود. بیمار اطلاعاتی در خصوص بهداشت فردی خود را در اختیار پرستار گذاشته در حالی که پرستار اطلاعاتی در خصوص نقش حرفه‌ای خود را ارایه می‌دهد در یک ارتباط دوستانه احتمالاً اطلاعات از نظر نوع و کیفیت مشابه یکدیگر هستند.

1- Watson



شکل ۳ـ۲۱. ارتباط یاری دهنده بین بیمار و پرستار. مهیا نمودن شرایط به‌نحوی‌که شرکت‌کنندگان به‌سوی نیل به اهداف مشترک حرکت نمایند.

- یک ارتباط یاری دهنده براساس نیازهای بیماران پایه‌گذاری شده نه بر اساس نیازهای فرد یاری دهنده در ارتباط دوستانه نیازهای هر دو شرکت کننده عموماً مورد توجه قرار می‌گیرد و ممکن است این نوع ارتباط به یک ارتباط یاری دهنده تبدیل شود اما از نظر ویژگیهای ارتباط یاری دهـنده مـانند هـدفدار بودن و محدودیت زمانی با آن متفاوت است.
- برای پرستاران مهم است همیشه به یاد داشـته بـاشند کـه ارتباطات یاری دهنده آنها یک ارتـباط حـرفه‌ای است بـرای کسانی که تازه به حرفه پرستاری روی آورده‌اند مفید است که پـرستاران را بـه عـنوان افـرادی کـه احساس مشخص از حرفه‌گرایی را در ظاهر، سلوک و رفتار خود ایـجاد مـی‌نمایند بشناسند، و لازم است از این پرستاران الگو بگـیرند. بـیماران و مردم پـرستارانی کـه حـائز صـلاحیت و اطـمینان بـوده و مسئولیت مراقبت از بـیماران را بـر عـهده مـی‌گیرند را مـورد اعتماد دانسـته و بـرای آنـها ارزش قـائلند. بـی‌ادبـی، ظـاهر کثیف و در هم و برهم، بی‌توجهی به فرد، رفتارهای نامناسب جنسی و دیگر عوامل مختل کننده حرفه‌ای باعث تحلیل رفتن تصویر پرستاری حرفه‌ای شده و بر تک تک پرستاران تأثیر می‌گذارد.

آقای گـوردون بـیماری را کـه در تـمرینهای انـعکاسی توصیف نمودیم را به خاطر بیاورید. به رفتار پرستار و رزیـدنتهای مـراقبت کـننده از بـیمار تـوجه نـمایید. بدبختانه به جای آنکه تمرکز کاملاً بر بـیمار بـاشد بـر تدابیر و تکنولوژی تجهیزات بوده است. پـرستار بـاید بخاطر داشته باشد که کار کردن با تکنیک بالا در واحد مراقبت‌های ویژه و اجرای برنامه‌های مراقبتی با در نظر گرفتن تمامیت بیمار انجام می‌شود.

خصوصیات ارتباط یاری دهنده

بدلیل آن‌که ارتباط یاری‌دهنده را نمی‌توان احساس‌نمود، توصیف آن مشکل می‌باشد. در هر حال بسیاری از نویسندگان معتقدند که این نوع ارتباط حداقل دارای سه ویژگی اساسی می‌باشد.

- یک امر پویاست یعنی هم فردی که یاری می‌کند و هم فردی که یاری دریافت می‌دارد، فعالانه تا حد توان در امر برقراری ارتباط شرکت می‌نماید.
- این امر هدفدار و دارای زمان محدود می‌باشد. این بدان معنی است که دارای اهداف اختصاصی است و در یک زمان معین باید به آنها دست یافت.
- اگرچه فرد یاری‌دهنده و فردی‌که یاری می‌شود در ارتباط یاری دهنده‌مسئولیت‌هایی‌دارند اما فردی‌که یاری‌می‌کند بطور حرفه‌ای مسئول پیامدهای ارتباط بوده و بدین منظور بـه ایـن هـدف دست پیدا می‌کند. فرد یاری‌دهنده باید توانایی‌های یاری‌دهنده خود را تا آنجا که ممکن است صادقانه نشان دهد و نباید این باور را ایجاد نماید که کمک بیشتری را ارایه خواهد داد.

اهداف ارتباط یاری دهنده

اهداف ارتباط یاری‌دهنده بین یک پرستار و یک بیمار یا همکاری هر دو تعیین و به صورت نیازهای بیمار تعریف می‌گردد. بـطور کلی معمولاً اهدافی تعیین می‌شود که شامل افزایش اسـتقلال بیمار، ارتقاء ارزش نفس و سلامتی و احساس خوب بودن است. براساس اهداف/پیامدهای پرستار مداخلات پرستاری را در جهت یاری به شخص و پیشبرد به سوی تحقق اهداف انتخاب نموده و مراقبت‌های پرستاری نیز بر اساس آن تـغییر مـی‌یابد. پـرستار همچنین ممکن است نیازهایی داشته باشد که باید در نظر گرفته شود. اما در ارتباط یاری دهنده بین پرستار و بیمار نیازهای پرستار موقتاًکنار گذاشته شده و تاکید بیشتری بر نیازهای بیمار می‌باشد.

مراحل ارتباط یاری دهنده

ارتباط یاری دهنده معمولاً دارای سه مرحله می‌باشد:
۱) مرحله آشنایی[۱]، ۲) مرحله انجام کار[۲]، ۳) مرحله اختتام[۳]
در ارتباط یاری دهنده، فرآیند ارتـباط تـوالی مـراحـل فـرآیـند پرستاری را دنبال می‌کند. هر دو فرآیند مداوم و دو جانبه هستند. جدول ۲ـ۲۱ اهداف بیمار را در طی سه مرحله ارتباط یاری دهنده مؤثر خلاصه نموده است. در بعضی شرایط پرستار ارتباط یاری دهنده را شروع می‌نماید و با بیمار و خانواده‌اش تا مرحله اختتام

1- Orientation phase
2- Working phase
3- Termination phase

جدول ۲ـ۲۱. خلاصه‌ای از اهداف بیمار جهت سه مرحله ارتباط یاری دهنده

مرحله آشنایی	مرحله انجام کار	مرحله اختتام
● بیمار پرستار را با نام صدا خواهد زد	بیمار فعالانه در ارتباط شرکت خواهد نمود	بیمار در مشخص نمودن یا پیشرفت در دستیابی به اهداف شرکت خواهد نمود.
● بیمار به طور دقیق نقشهای شرکت کنندگان در ارتباط را توصیف نماید.	بیمار در فعالیتهای که در جهت نیل به اهداف قابل قبول باشد همکاری خواهد نمود.	
● بیمار و پرستار یک توافقنامه مشخص درباره موضوعات زیر ایجاد خواهند نمود: ● اهداف ارتباط ● محل، تعداد دفعات و مدت تماس‌ها ● مدت برقراری ارتباط	بیمار احساسات و علایق خود را برای پرستار بیان نماید.	بیمار احساساتش راجع به مرحله اختتام ارتباط را به زبان خواهد آورد.

کار می‌کند. غالباً (مثلاً در بیمارستان) پرستاران مختلفی در زمانهای متفاوت مراحل مختلفی از ارتباط یاری دهنده را اجرا می‌نمایند. پرستار برای آمادگی جهت انجام مرحله آشنایی ممکن است از ارتباط بین فردی جهت جمع‌آوری اطلاعات در تعامل با بیمار استفاده نماید.

مرحله آشنایی

به صورت ایده‌آل ارتباط یاری دهنده بین یک پرستار و یک بیمار هنگامی آغاز می‌شود که پرستار شروع به جمع‌آوری اطلاعات به عنوان قسمتی از فرآیند پرستاری می‌نماید. هرچند این ارتباط در سایر مواقع نیز می‌تواند رخ دهد ولی در مرحله آشنایی توازن و خطوط راهنما برای برقراری ارتباط معین می‌گردد. پرستار و بیمار با همدیگر ملاقات نموده و قادر خواهند بود با نام یکدیگر آشنا شوند نکته حائز اهمیت این که پرستار خودش را به بیمار معرفی می‌نماید البته ممکن است نوشتن نام خود جهت اطلاع بیمار نیز مفید واقع شود قصور در انجام کارها ممکن است سبب سردرگمی و عدم اعتماد بیمار شود به خصوص اگر تعداد زیادی مراقبت دهنده با بیمار در ارتباط باشند. فعالیتهایی که به طور معمول در طی مرحله آشنایی در ارتباط یاری دهنده وجود دارد در زیر آمده است.

- نقش هر فرد شرکت کننده در ارتباط یاری دهنده مشخص می‌باشد. همچنین یک ارتباط موفقیت‌آمیز هنگامی به وقوع می‌پیوندد که هرکدام از شرکت‌کنندگان مسئولیت‌های خود را دانسته و قبول نموده‌اند و پرستار با توجه به نقش واقعی خود به عنوان یک رهبر قلمداد شود. در اینجا رهبری به معنی محدود ساختن و یا غلبه بر احساس اداره کردن نمی‌باشد بلکه دلالت بر مد نظر قرار دادن نقطه نظرات بیمار دارد. هنگامی که برنامه مشارکت با در نظر گرفتن نیازهای بیمار طراحی گردد ارتباط بین پرستار و بیمار احتمالاً باعث رضایت دو جانبه بیشتری خواهد شد.
- یک موافقت‌نامه یا قرارداد باید در رابطه با ارتباط منعقد گردد موافقت نامه معمولاً تبادل ساده کلامی یا گاهی یک گزارش نوشتاری خواهد بود بخصوص اگر برقراری ارتباط درمانی طولانی انجام شود. موارد مندرج در موافقت نامه شامل اهداف ارتباط، محل، تعداد و مدت هر ملاقات و طول مدت ارتباط می‌باشد. بر اساس اهداف، هدف ارتباط موافقت‌نامه ممکن است شامل روشی باشد که از طریق آن بتوان اطلاعات شخصی بیمار را بیان نموده و آن را مورد بررسی قرار داد.
- پرستار شرایطی را جهت آشنایی بیمار با واحد مراقبت‌های بهداشتی تسهیلات و امکانات روش پذیرش بیمار و غیره آماده می‌نماید. پرستار این آشنایی را به عنوان یکی از اهداف یاری‌دهنده بین پرستار ـ بیمار تعیین می‌نماید.

این مسئله حائز اهمیت است که اعتماد از آغاز ارتباط در نظر گرفته شود. بعضی از بیماران جهت محک زدن پرسنل ممکن است رفتارهایی داشته باشند بخصوص اگر قبلاً تجربه بدی در خانواده‌شان یا با سایر پرسنل تیم مراقبت دهنده بهداشتی ایجاد شده باشد وجود زمینه در پرستار و علاقه او به مسائل مربوط به بیمار راه را برای اعتماد در جهت گسترش و برقراری احترام و مراقبت‌فراهم می‌آورد.

مرحله انجام کار

مرحله انجام کار معمولاً طولانی‌ترین مرحله در ارتباط یاری دهنده می‌باشد. پرستار و بیمار با یکدیگر جهت رفع نیازهای بیمار کار می‌کنند. برقراری تعامل اساس مرحله کار می‌باشد. تعاملات پرستار بیمار هدفدار بوده و وسیله‌ای است جهت اطمینان به دستیابی توافق دو جانبه که بر اساس اهداف بهداشتی کوتاه مدت و بلندمدت طراحی شده است. در مرحله انجام کار پرستار موظف است هرگونه یاری مورد نیاز را جهت نیل به

اهداف فراهم آورد برای مثال اگر یک بیمار پیر اشتهای خوبی نداشته باشد و هدف افزایش میزان دریافت مواد غذایی باشد پرستار باید نحوهٔ استفاده از مواد غذایی به میزان کم و به تناوب را برای او توضیح دهد با موافقت بیمار پرستار مقدمات آنچه لازم است را فراهم می‌آورد (در مثال دیگری مادری به پرستار مدرسه توضیح می‌دهد که نمی‌تواند مراقبت‌های دندانی توصیه شده را برای فرزندش انجام دهد هرچند تمایل دارد این کار را انجام دهد. پرستار در جستجوی یک مؤسسه اجتماعی که تسهیلات مالی قابل قبولی را ارایه می‌دهد برمی‌آید پرستار با اجازه مادر با موسسه تماس خواهد گرفت). هنگامی که احساسات و عواطف بین مردم رضایت‌بخش نباشد اغلب آنها نمی‌توانند در جهت رسیدن به یک هدف مشترک با هم همکاری نمایند. ولی هنگامی که احساسات و عواطف رضایت‌بخش باشد آنها معمولاً می‌توانند با یکدیگر همکاری نمایند. درمانهای قبلی، احساسات و عواطف رضایت‌بخش بین پرستار و بیمار ممکن است جنبه کلیدی داشته باشد. ارتباط بیمار پیر با پرستار ممکن است سبب ایجاد پاسخ مثبت جهت میل نمودن مواد غذایی به میزان کم و متناوب شود. احساسات مادر در مورد پرستار ممکن است اجازه دهد که وی تسهیلات مالی را جهت مراقبت‌های دندان بدون این که احساس سردرگمی نماید بپذیرد. علاوه بر این پرستار به عنوان ارایه دهنده مراقبت هر کمکی را که لازم باشد برای بیمار جهت انجام فعالیتهای روزانه فراهم می‌نماید. مثلاً اگر بیماری با اختلال حرکتی قادر به خارج شدن از تخت بدون استفاده از کمد کنار تخت نباشد پرستار جهت انجام فعالیتهای بهداشتی روزانه او را یاری می‌دهد. نقش پرستار به عنوان معلم و مشاور در ابتدای این مرحله مشخص می‌شود (توجه کنید به فصل ۲۲) این نقش‌ها شامل ایجاد انگیزه برای بیمار جهت یادگیری و اجرای فعالیتهای ارتقاء سطح سلامتی و تسهیل توانایی‌های بیمار جهت اجرای طرح مراقبتی و بیان احساسات در خصوص مسائل مربوط به سلامتی، مراقبت‌های پرستاری، هرگونه پیشرفت موانع و یا سایر موارد ربط داده شده است. در اینجا مهارتهای بین فردی پرستاران در کاملترین شکل خود ارایه می‌گردد (به بحث مهارتهای بین فردی و روشهای مؤثر ارتباط در قسمتهای بعدی همین فصل مراجعه کنید) شکست در برقراری ارتباط یاری دهنده در هر کدام از ین سه مرحله می‌تواند باعث عواقب جدی شود. مثلاً بیماری که از دستورات طبی نافرمانی می‌نماید اگرچه به نظر می‌رسید که هنگام ورود به کلینیک نسبت به سلامتی‌اش علاقمند بوده است. هنگامی که پرستار بهداشت جامعه با منزل یک بیمار تماس حاصل می‌نماید او می‌گوید به نظر می‌رسد پرستار کلینیک سرش خیلی شلوغ است، همچنین به نظر می‌رسد چه مراجعه کنم و چه مراجعه نکنم نتواند از من مراقبت نماید من دوست ندارم به آن کلینیک بروم. عدم وجود تعامل رضایت بخش بین پرستار و بیمار او را نسبت به ادامه برقراری ارتباط تشویق نمی‌نماید حتی اگر از نظر سلامتی مشکلی برایش بدنبال داشته باشد. اگر تعاملات بین پرستار و بیمار رضایت‌بخش باشد چنین مشکلی پیش نخواهد آمد. تعامل رضایت بخش باعث تمامیت افراد شده و سبب توسعه دادن فضایی می‌شود که بوسیله آن صفاتی مانند ترس، اضطراب، بی‌اعتمادی و تنش را به حداقل می‌رساند در این صورت افراد احساس هماهنگی و توافق با یکدیگر نموده و در جهت رسیدن به اهداف مشترک با همدیگر همکاری می‌نمایند.

مرحله اختتام

مرحله اختتام هنگامی ایجاد می‌شود که نتیجه موفقیت‌آمیز اولیه حاصل شده باشد. این مسئله ممکن است در زمان تعویض شیفت، ترخیص یا هنگامی که پرستار به مرخصی می‌رود یا جای دیگری مشغول به کار می‌شود اتفاق بیفتد پرستار و بیمار اهداف ارتباط یاری دهنده را بررسی نموده تا میزان حصول و یا نزدیک شدن به آن را تعیین نمایند. اگر به اهداف / پیامدها دسترسی پیدا کنیم ممکن است این حقیقت تایید شود. در صورت پذیرفتن این مسئله عموماً احساس رضایت در پرستار و بیمار بوجود می‌آید اگر اهداف / پیامدها به تحقق نپیوندد، میزان نزدیک شدن به آن باید مشخص شود. بیمار و پرستار ممکن است جهت کوشش‌های آینده پیشنهادات و برنامه‌هایی داشته باشند. معمولاً احساسات هیجان امیز در مرحله اختتام ارتباط یاری دهنده وجود دارند در صورتی که دستیابی به اهداف صورت گرفته باشد اغلب احساس تاسف به خاطر ختم ارتباط رضایت بخش ایجاد می‌شود. حتی اگر بیمار به ادامه آن اصرار داشته باشد. اگر بطور کامل به اهداف دسترسی پیدا ننمودیم بیمار ممکن است در رابطه با آینده دچار اضطراب و ترس شود با وجود چنین احساساتی بیمار را باید تشویق نمود تا احساسات خود را در رابطه با اختتام ارتباط بیان نماید. پرستار می‌تواند مرحله اختتام ارتباط یاری دهنده را به روشهای مختلف آماده نماید. یک پرستار اندیشمند در صورت امکان می‌تواند شرایطی را برای بیمار به جهت برقراری یک ارتباط یاری دهنده با پرستار دیگری ایجاد نماید. پرستار می‌تواند به بیمار یاری نماید تا از یک مؤسسه به یک مؤسسه دیگر، یا از یک واحد در یک مؤسسه به واحد دیگر در همان موسسه انتقال یابد و در ضمن انتقال نیز توضیحاتی در رابطه با جابجایی به وی بدهد. بعضی مواقع پرستار ممکن است بیمار را به پرسنلی که می‌خواهد از او مراقبت نماید معرفی نماید. گاهی نیز مرحله اختتام

در ارتباط یاری دهنده موجب بروز واکنشهای احساساتی منفی می‌شود بیمار ممکن است احساس عصبانیت، عدم پذیرش توسط پرستار، یا افسردگی و ناامیدی و یا وجود یک ارتباط را که واقعاً وجود دارد را انکار نماید. هنگامی که این عکس‌العمل اتفاق می‌افتد پرستار باید سعی کند که بیمار را یاری داده و از او حمایت نماید نه این که احساس او را بد دانسته و او را به خاطر داشتن چنین نقطه نظری محکوم نماید. به هر حال اگر بیمار در تثبت اهدافش دخالت داشته و به اختتام ارتباط یاری دهنده کمک نماید واکنشهای هیجانی از این قبیل کمتر اتفاق می‌افتد تئوریسین‌های پرستاری ارتباطات بین فردی را بیشتر به صورت کارهای کلاسیک بحث و بررسی می‌نمایند مانند ارلاندو[1] (۱۹۶۱)، پاترسون و زراد[2] (۱۹۷۶)، پپلو[3] (۱۹۵۲)، تراولبی[4] (۱۹۷۱) و واتسون[5] (۱۹۸۵).

عوامل تسهیل کننده ارتباط مؤثر در ارتباط یاری دهنده

تمایلات اختصاصی

تمایلات اختصاصی یک صفت مشخصه، یا روش عادی رفتار کردن می‌باشد. پرستارانی که به طور پیوسته و ثابت از گرمی و دوستی[6]، مهربانی و احترام گذاشتن[7]، همدلی[8]، درستکاری و اعتبار و اطمینان[9]، مراقبت[10] و شایستگی[11] استفاده می‌کنند، در جهت انجام یک ارتباط مؤثر گام بر می‌دارند.

گرمی و دوستی

ارتباط یاری دهنده بستگی به توانایی پرستار جهت آغاز موفقیت‌آمیز مرحله اشنایی داشته و با یک سلام خوشایند همراه با لبخند می‌توان دستیابی به این مرحله را تسریع و موجب آرامش بیمار در حضور پرستار شد. با حفظ حالت گرمی و دوستی در طی ارتباط یاری دهنده، پرستار پذیرش مستمر خود را نسبت به بیمار نشان می‌دهد. همچنین پرستار علاقه‌اش را نسبت به بحث در خصوص احساسات و نگرانیهای بیمار به وی انتقال می‌دهد.

مهربانی و احترام گذاشتن

یکی از عوامل کلیدی موثر برقراری ارتباط برای یک پرستار، مهربانی، حالت پذیرش، رک گویی، احترام گذاشتن و عدم غرض‌ورزی می‌باشد. بیماری که احساس می‌کند پرستار مشغول داوری و قضاوت کردن می‌باشد ممکن است اطلاعات مهم را در اختیار پرستار نگذارد. پرستاران باید به اعتراضات بیمار، حساسیت بیشتری نشان دهند. تفاوتهایی که ممکن است توسط هر بیمار بر فرآیند ارتباط تأثیر گذارد (مانند جنس، مراحل تکاملی، فرهنگ، تجارب زندگی) می‌توانند باعث ایجاد اختلافاتی بین تعاملات موثر و غیرمؤثر شوند پس لازم است که به آنها توجه شود. کادر ۲ـ۲۱ بیماران و فرهنگهای متفاوت آنها را بیان می‌نماید.

همدلی

همدلی یعنی راهی که دیگران را احساس می‌کنیم یا خود را جای دیگران می‌گذاریم. یک پرستار همدل همان طور که به احساسات و مشکلات بیمارانش حساس است همچنان بر دستیابی به اهدافش نیز استوار می‌ماند تا بتواند به بیمار جهت رسیدن به نتایج مثبت یاری رساند. پرستاری که این خصوصیت را دارد می‌تواند یک رابطه موفقیت‌آمیز را با بیمار برقرار نماید نه پرستاری خشک و عبوس، مانند آنچه در اغلب فیلمها و تلویزیون نشان داده می‌شود. برای مثال قابل قبول است که اعضای تیم نسبت به اعضای خانواده که هرگز به نظر نمی‌رسد از مراقبت‌های دریافت شده احساس رضایت نموده‌اند، احساس بی‌حوصلگی نمایند ولی اگر اعضای تیم بتوانند با خانواده همدل شوند بسیار مفید خواهد بود زیرا آنها ممکن است احساس ترس و ناامیدی نمایند. ممکن است زمان بسیار سخت بر شما بگذرد چگونه خود را تطابق می‌دهید؟ آیا راهی جهت این که بتوانم به شما کمک کنم وجود دارد؟ هنگامی که بیمار و خانواده‌اش احساس کنند پرستار ایده‌ای راجع به تجربیات آنها دارد و به صورت گروهی به آنها کمک می‌کند بنابراین پایه اعتماد در ارتباط درمانی شکل می‌گیرد.

درستکاری، اعتبار و اطمینان

بیمار ممکن است به پرستاران اعتماد نماید، همانطور که یاری دهندگان حرفه‌ای معتقدند که می‌توانند اعتماد کنند و در سطح حرفه‌ای قادر به انجام هر کاری بوده و می‌توانند با ایجاد یک راه تدبیر مطمئن و کمک در جهت رفع نیازهای بیماران به آنها یاری رسانند.

1- Orlando
2- Paterson and zderad
3- Peplau
4- Travelbee
5- Watson
6- warmth and friendiness
7- openness and rapport
8- Empathy
9- honesty, authenticity and trust
10- caring
11- competence

کادر ۲-۲۱. فرهنگهای متفاوت بیماران

اعتقادات شخصی خود را در خصوص مردم با فرهنگهای متفاوت بررسی نمایید.
● اعتقادات شخصی و تجارب گذشته خود را بازبینی نمایید.
● ارزشها، تعصبات، عقاید و هرگونه حالتی که منجربه تأثیر منفی بر مراقبت می‌شود را کنار بگذارید.
● متغیرهای ارتباطی را از لحاظ فرهنگی بررسی کنید.
● مشخصات نژادی بیمار را مشخص نمایید مانند نژاد آمریکایی
● در صورت امکان از بیمار به عنوان یک منبع اطلاعاتی استفاده نمایید.
● عوامل فرهنگی که ممکن است بر ارتباط شما با بیمار تأثیر بگذارد را بررسی نموده و به طور مناسب به آنها پاسخ دهید.
طرح و برنامه مراقبتی بر اساس نیازهای ارتباطی و زمینه فرهنگی
● تا حد امکان درباره اعتقادات و رسوم فرهنگی بیمار اطلاعات کسب نمایید.
● بیمار را به ابراز و تفسیر سلامتی، بیماری و مراقبت بهداشتی از دیدگاه فرهنگی خود تشویق نمایید.
● به فردیت بیمار توجه داشته باشید.
● منابع اختلاف بین برداشت بیمار و شما در رابطه با سلامتی و بیماری را مشخص نمایید.
● با سطوح شخصی عملکرد بیمار ارتباط برقرار نمایید.
● تأثیر اعمال پرستاری را ارزشیابی کرده و در صورت نیاز برنامه مراقبت‌های پرستاری را تعدیل نمایید.
تعدیل رویکردهای ارتباطی به منظور برآوردن نیازهای فرهنگی:
● با دقت به علایم ترس، اضطراب و گیجی در بیمار توجه نمایید.
● ضمن این که به فرهنگ بیمار آگاه بوده و آن را حفظ می‌نمایید با روش اطمینان دوباره دادن، پاسخ دهید.
● آگاه باشید که در بعضی گروهها از لحاظ فرهنگی بحث نموده درباره بیمار با سایر افراد ممکن است جنبه تهاجمی داشته و موجب تعریق در پیشبرد فرآیند پرستاری شود.
بدانید که احترام گذاشتن به بیمار و نیازهای ارتباطی در راس ارتباط درمانی قرار دارد.
● یک ارتباط محترمانه با مهربانی و دقت قابل دسترسی است.
● یاد بگیرید که چگونه در فرهنگ بیماران بوسیله گوش دادن می‌توان ارتباط برقرار نمود.
● از روشهای گوش دادن مناسب و فعال استفاده نمایید.
● طرز رفتاری توام با انعطاف‌پذیری، احترام گذاردن و علاقه برای کمک به حل موانع تحمیل شده توسط فرهنگ را انتخاب نمایید.
برقراری ارتباط به روش غیر تهدید کننده:
● مصاحبه را غیر عجولانه هدایت نمایید.
● دلگرمی‌های فرهنگی و اجتماعی مورد قبول را تایید نماید.
● به بیمار حساس باشید زیرا ممکن است اطلاعاتی که می‌دهد در رابطه با مشکلات بهداشتی نباشد.
● با دقت گوش کردن، وقت گذاشتن و توجه کامل به بیمار برقراری یک ارتباط براساس اعتماد را توسعه می‌دهد. از روشهای صحیح در برقراری ارتباط استفاده نمایید.
● مراقب بازخوردهایی که بیمار درک نمی‌کند باشید.
● مفاهیمی که پیچیده نیستند را تفسیر به رای ننمایید.
● به عدم تمایل بیمار، هنگام صحبت نمودن درباره مسائل جنسی توجه نمایید.
● بدانید که در بعضی فرهنگها، مسائل جنسی با جنس مخالف آزادانه بحث نمی‌شود.
● هنگامی که بیمار با زبان متفاوتی صحبت می‌کند دیدگاههای مخصوص او را بپذیرید.
● جهت کمک نمودن به تسکین ترسهای بیماران از یک تن صدایی که حاکی از توجه شما به بیماران است استفاده نمایید.
● آرام و واضح صحبت کنید، نه بلند
● جهت کمک به درک بیمار، از ژستها، عکسها و نمایش دادن استفاده نمایید.
● در صورت نیاز به روشهای مختلف پیام را تکرار نمایید.
● از به کارگیری واژه‌های پزشکی و اختصارات که بیمار قادر به درک آنها نیست، خودداری نمایید.
● از یک فرهنگ لغت معین استفاده نمایید.
● از یک مترجم جهت پیشبرد فرآیند ارتباط استفاده نمایید.
● از یک مترجم بخواهید که پیام را ترجمه نماید نه فقط کلمات فرد را
● جهت درک بهتر از بازخورد استفاده نمایید.
● از مترجمی استفاده کنید که به مسائل فرهنگی حساس باشد.

مراقبت

بیماران خیلی زود در می‌یابند که مراقبت از آنها صرفاً وظیفه‌ای است که باید انجام شود یا خیر؟ (مراقبت وظیفه مدار) پرستاران با تجربه می‌دانند که وقتی قدم به مکانی که بیمار در آن هست می‌گذارند به چه نحو با نگاه، لمس و آنچه می‌گویند و انجام می‌دهند مراقبت صحیح ارتباطی را انجام می‌دهند. بنابراین اگر بیماران احساساتشان مورد قبول واقع شود، احساس می‌کنند که تحت مراقبت قرار گرفته‌اند.

سوزی موساشی دختر ۳ ساله‌ای که دچار سوختگی شده بود را به یاد بیاورید چگونه پرستار و بیمار در تعامل خواهند بود پرستاری که به اتاق کودک وارد می‌شود و او را به خاطر گریه کردن سرزنش می‌کند را با پرستاری که پس از ورود به اتاق کودک رفته و شانه یا دست او را به آرامی و نرمی لمس می‌کند را با هم مقایسه کنید. پیامی که بوسیله عمل دوم انتقال می‌یابد جنبهٔ مراقبت کنندگی بیشتری دارد.

شایستگی

پرستاران شایسته در تمامی جنبه‌های اساسی پرستاری مهارت داشته و می‌توانند نیازهای مراقبتی بهداشتی بیماران خود را با استفاده از مهارتهای تکنیکی، علمی، روابط بین فردی و مهارتهای اخلاقی قانون برطرف نمایند. پرستاران مسئول ارزیابی توانایی‌های خود و تقویت هرگونه نقطه ضعفی بوده تا بتوانند به

تمامی بیماران مراقبت‌های مطلوب را ارایه دهند. در نتیجه بیماران نسبت به پرستارانشان اعتماد و احساس احترام پیدا کرده و برقراری ارتباط یاری دهنده تسهیل خواهد شد.

برقرار کننده رابطه

رابطه خوب و احساس اعتماد متقابل در یک ارتباط رضایت بخش تجربه شده (شکل ۴ـ۲۱) و بوسیله توجه کردن به متغیرهای زیر دستیافتنی می‌باشد رابطه خوب برقراری ارتباط باز را تسهیل می‌نماید.

اهداف اختصاصی

داشتن هدف برای برقراری تعامل، پرستار را به سوی دستیابی به یک ارتباط معنی‌دار با بیمار سوق می‌دهد. یک هدف ممکن است هنگام بررسی سریع فیزیکی از سر تا نوک پا هنگام سلام کردن به بیمار یا در شروع شیفت مشخص گردد. هدف دیگر ممکن است هنگام بحث در رابطه با احساسات بیمار درباره تشخیص جدید بیماری دیابت برای وی مطرح گردد. کوچکترین ارتباط با بیمار می‌تواند هدفدار باشد. حتی اگر در کمال سادگی و به صورت انتقال یک حس دوستانه به بیمار صورت پذیرد. انعطاف‌پذیر بودن پرستار در همه حال ضروری می‌باشد. پرستار جهت برآورده ساختن تمام نیازهای بیمار باید از هرگونه واژه راهنمایی کننده استفاده نماید.

محیط راحت

یک محیط راحت، باید محیطی باشد که پرستار و بیمار هر دو احساس راحتی کرده و به پیشبرد تعاملات کمک نماید. صندلی راحت، نور مناسب و حرارت معتدل در محیط مهم می‌باشند. هنگامی که یک جو آرام و بدون شتاب باشد ارتباطات مؤثر، بهتر صورت می‌پذیرد. اگر پرستار گرفتار بوده و عجله دارد و یا اگر بیمار می‌ترسد ملاقاتهایش را از دست بدهد و یا وجود مسائل دیگر، در این صورت برقراری ارتباط دچار اختلال می‌شود.

خلوت و تنهایی

ممکن است این مسئله که همیشه هنگام گفتگو فقط پرستار و بیمار در یک اتاق باشند امکان‌پذیر نباشد اما هر کوششی را باید انجام داد تا محیطی خلوت فراهم آورد که گفتگوها توسط دیگران شنیده نشود گاهی صرفاً کشیدن پاراوان دور تخت در یک بیمارستان یا اتاق پرستار یا نشستن یا تکیه دادن در گوشه اتاق انتظار می‌تواند احساس تنهایی را که لازمه بیشتر تعاملات است فراهم نماید. بازدیدهای منزل ممکن است نیاز به وقت مناسب داشته و بیمار تمایل داشته باشد که محیطش خصوصی باشد.



شکل ۴ـ۲۱. ارتباط بین پرستار و بیمار / خانواده اولین اقدام لازم در برنامه مراقبتی می‌باشد

رازداری[1]

برای بیمار باید محرمانه بودن اطلاعات رد و بدل شده مسجل شود پرستار باید کسانی که در دریافت اطلاعات مربوط به بیمار سهیم می‌باشند را معین نماید. بیمار باید بداند که افراد متخصص و با صلاحیت ممکن است به این اطلاعات دسترسی داشته باشند در صورت نادیده انگاشتن اهمیت این مسئله ممکن است در اطمینان بیمار نسبت به محرمانه بودن اطلاعات اختلال ایجاد نماید (به فصل ۱۷ مبحث مربوطه جهت راهنمایی در خصوص رازداری بیماران مراجعه کنید).

بیماران در مقابل تاکید بر وظیفه

رابطه پرستار ـ بیمار در فرآیند ارتباط بیمار و نیازهایش و نه بر پرستار یا فعالیتهایی که مشغول آن است متمرکز می‌باشد (لطفاً به کادر **از دیدگاه بیمار** توجه نمایید) به مثال زیر که در آن پرستار بر بیمار و نیازهایش تاکید دارد توجه فرمایید:

بیمار: من نمی‌دانم چرا ولی این تزریقات مرا می‌ترساند.

پرستار: شما از این تزریقات می‌ترسید؟

در مقابل به این مثال توجه نمایید که در آن پرستاران بر فعالیتهای پرستاری تاکید دارند:

بیمار: من نمی‌دانم چرا ولی این تزریقات مرا می‌ترساند؟

پرستار: مانند بچه‌ها نباش من صدها تزریق مانند این را انجام داده‌ام.

1- Confidentiality

از دید یک بیمار

من می‌دانم که شما هر روز با مشغولیت فکری از کارهای مهمی که نیاز است برایم انجام دهید به بالین من می‌آیید احتمالاً شما خواه ناخواه نگران من هستید. مراحل اقدامات ساده و پیچیده را به یاد آورده و می‌ترسید هرگز کارها را در زمان معین شده انجام ندهید. اطمینان دارم خیلی کارها وجود دارد که مربی بالینی شما به عنوان پایه جهت ارزیابی استفاده خواهد کرد و احتمالاً کارهای دیگری وجود دارد که برای شما و ارزشیابی خودتان حائز اهمیت می‌باشند. من فکر می‌کنم ممکن است شما دوست داشته باشید بدانید برای من چه چیزهایی اهمیت دارد بعضی از آنها که من لیست نمودم کارهای ساده‌ای است که شما می‌توانید در هر بار که به سوی اتاق من قدم می‌زنید انجام دهید.

- واقعاً به من گوش کنید.
- از من بپرسید به چه چیز فکر می‌کنم.
- موضوعات مورد علاقه من را فراموش نکنید.
- با من مانند یک بیمار رفتار نکنید با من مثل یک شخص رفتار کنید.
- با من صحبت کنید.
- به خلوت من احترام بگذارید.
- مرا معطل ننمایید.
- بدون این که به من بگویید چگونه این کار را انجام دهم، به من نگویید چه انجام دهم.
- به من اطلاعات بدهید.
- به من اجازه بدهید روشهای مراقبت شما را بشناسم

از این که به من این شانس را دادید که مسائلم را با شما در میان بگذارم متشکرم.

استفاده از مشاهدات پرستاری

مشاهدات شامل هم دیدن و هم تفسیر کردن می‌باشد که به خصوص برای تعیین صحت اطلاعات مفید هستند برای مثال پرستار گمان می‌کند که بیمار از شنیدن نتایج بعضی آزمایشات خونی واهمه دارد اما بیمار اصرار دارد که نتیجه آزمایشات برای او اهمیتی ندارد و سپس پرستار بیمار را مشاهده می‌نماید که در گوشه‌ای از راهرو ایستاده و به فکر عمیقی فرو رفته است مشاهده رفتار بیمار به پرستار کمک می‌کند تا صحت ترس بیمار را تأیید نماید. تاکید بیمار بر بی‌اهمیت بودن موضوع جهت سرپوش گذاشتن بر احساسات واقعی اش صورت گرفته است. مشاهده به منظور حصول چند هدف مهم صورت می‌گیرد:

- به پرستار کمک می‌کند که از پیامهای غیر کلامی بیمار آگاه باشد.
- هنگامی که بیمار قادر نیست یا نمی‌خواهد ارتباط کلامی برقرار نماید یکی از منابع اطلاعاتی اولیه است.
- این نشان‌دهنده توجه و علاقه پرستار به بیمار می‌باشد (بیماران اغلب هنگامی که پرستار آنها را مشاهده نمی‌کنند، صحیح یا غلط اینطور نتیجه می‌گیرند که پرستار به آنها توجه نمی‌نماید)

شیوه‌های مطلوب

پرستار باید به شیوه هر گفتگو یا تماس با بیمار توجه کند برای مثال اگرپرستار هنگام گرفتن تاریخچه‌پرستاری با عجله از لیستی از سوالات بگذرد ارتباطش بی‌اثر خواهد شد وقتی ارتباط موثر خواهد بود که به بیمار اجازه داده شود تمایل خود را به شیوه‌های ارتباطی نشان دهد. حتی اگر زمان محدود است پرستار می‌تواند شروع تعامل را به بیمار اجازه دهد بیمار نباید احساس کند که پرستار به خاطر عدم توجه شخصی یا عدم علاقه عجله دارد.

تعیین قلمرو شخصی

برداشتهای متفاوتی از قلمرو شخصی وجود دارد. پرستاران باید مشخص نمایند که هر بیماری برداشتی از قلمرو شخصی دارد زیرا تجاوز به قلمرو شخصی می‌تواند باعث احساس ناراحتی در او شود. پرستاران می‌توانند قلمرو شخصی بیمار را از طریق مشاهده دقیق ارتباطات غیر کلامی بررسی نمایند برای مثال بعضی افراد دوست دارند به شخصی که صحبت می‌کنند نزدیک شود آنها ممکن است همچنین از لمس نمودن هنگام گفتگو استفاده نمایند و به نظر می‌رسد که هنگام نزدیک بودن با دیگران راحت هستند بعضی‌ها نیز از تماسهای نزدیک با دیگران دوری می‌کنند یا هنگامی که قلمرو شخصی‌شان مورد تجاوز قرار می‌گیرد احساس ناراحتی نمایند. برای پرستاران این مسئله مهم است که به قلمرو اشخاص حساس باشند تا هنگام برقراری تعامل با بیماران احساس راحتی نمایند.

پیشبرد مهارتهای ارتباط درمانی

اگرچه انسانها واقعاً در تمامی لحظات ارتباط برقرار می‌نمایند ولی استفاده از ارتباط درمانی به یادگیری و ممارست نیاز دارد (کادر ۳ـ۲۱ تفاوتهای ارتباط درمانی و ارتباط غیر درمانی را نشان می‌دهد) دانشجویان پرستاری اغلب هنگامی که سعی می‌کنند یک ارتباط درمانی برقرار نموده و آن را توسعه دهند احساس خوبی ندارند با این وجود تمرین کردن باعث می‌شود شما مهارت بیشتری کسب نموده و به زودی خواهید فهمید در صورتی که در صدد فعالیت برای ارتقاء مهارتهای ارتباطی ذیل هستید، احساس آرامش خواهید نمود.

کادر ۳-۲۱. ارتباط درمانی در مقابل ارتباط غیر درمانی

سناریوی بیمار: آقای کامنز مرد ۶۵ ساله‌ای است که تنها زندگی می‌کند بچه‌های او بزرگ شده ازدواج کرده و بیرون از شهر زندگی می‌کنند به تازگی برای او تشخیص کانسر کولون مطرح شده، بنابراین مقداری از کولون بیمار برداشته شده است. در حال حاضر جهت طی دوره نقاهت در منزل می‌باشد و تشخیصهای جدیدی برای او مطرح است. پرستار بهداشت جامعه آقای کامنز را در برنامه کاریش قرار داده و او را ویزیت می‌نماید.

ارتباط غیر درمانی

پرستار: سلام آقای کامنز خوشحالم از این که به منزل بازگشتید. من فقط ۳۰ دقیقه وقت دارم که شما را ویزیت نمایم. روز بسیار پرمشغله‌ای در پیش داشتم.

آقای کامنز: متاسفم که روز بدی داشتید جهت ویزیت نزد پزشکم رفته بودم و خیلی مایلم که دربارهٔ گزارشی که گرفتم بیشتر بدانم

پرستار: بله روز بسیار پرمشغله‌ای داشتم اما روز بدی نبوده است. حدس می‌زنم که شما هم امروز بسیار مشغول بوده‌اید. درباره چه گزارشی صحبت می‌کنید؟

آقای کامنز: خوب، من نیاز به انجام آزمایشات دیگری دارم، زیرا آنها فکر می‌کنند که سرطان، پیشرفت کرده است.

پرستار: خوب، چه کسی به شما این موضوع را گفته؟ شاید آزمایش اشتباه شود یا شما صحبتهای پزشک را درست متوجه نشده‌اید. آیا چیز دیگری نیز وجود دارد که شما را نگران کرده باشد؟

آقای کامنز: خیر

پرستار: من فردا به پزشک شما تلفن خواهم زد و سپس با شما تماس می‌گیرم.

در این سناریو به نظر می‌رسد پرستار توجهی به نتایج آزمایشات آقای کامنز ندارد و عقاید خود را طوری بیان می‌کند که این اطلاعات را باور نکرده است. توجه پرستار بیشتر به روز پرمشغله‌اش بوده و کمتر توجهی به بیمار داشته است.

ارتباط درمانی:

پرستار: سلام آقای کامنز. متاسفم، کمی بدنبال این لیست دویدم ولی حالا اینجا هستم. ما هرچقدر فکر می‌کنید لازم است وقت داریم که با هم دربارهٔ آنچه احساس می‌کنید و ملاقات شما با پزشک صحبت کنیم امروز چطور هستید؟

آقای کامنز: (چشمهایش را به زمین دوخته بود و دستهایش را بهم فشار می‌داد) خوبم، کمی درد در سمت راستم دارم

پرستار: آقای کامنز میزان درد خود را در معیار ۱ تا ۱۰ چه نمره‌ای می‌دهید؟

آقای کامنز: تقریباً ۸

پرستار: شما نگران و مقداری هم مغشوش بنظر می‌رسید. آیا مسئله‌ای است که شما را دلواپس کرده است؟

آقای کامنز: بله فکر می‌کنم مشکلی هست. پزشکم به من گفت سرطان به داخل لگن گسترش پیدا کرده است. من فکر می‌کنم بهمین دلیل است که در سمت راستم احساس درد می‌کنم تصمیمات زیادی گرفته‌ام ولی بسیار گیج هستم پزشک گفت که لازم است شیمی درمانی را شروع کنم. نمی‌دانم چطور باید اینکار را انجام دهم. افراد خانواده‌ام بیرون از شهر هستند.

پرستار: آقای کامنز اگر با پزشک درباره جزئیات خاص برنامه درمانی شما صحبت کنم آیا به شما کمک می‌کند؟

این موضوع می‌تواند مرا مساعدت نماید تا هنگام شروع شیمی درمانی بتوانم به شما کمک کنم.

آقای کامنز: بسیار عالی است. اگر شما به پزشک تلفن بزنید، می‌توانید همه چیز را برای من توضیح دهید و این موضوع ممکن است به من کمک کند تا بتوانم آنچه لازم است را تجربه نمایم. همچنین ممکن است این مسئله به من کمک کند که بتوانم دربارهٔ انجام درمانهایم تصمیم‌گیری کنم.

پرستار: آقای کامنز آیا تمایل دارید هنگامی که به بچه‌هایتان تلفن می‌زنید و دربارهٔ تشخیص و برنامه‌های درمانی‌تان توضیح می‌دهید نزد شما باشم؟ ممکن است درباره جواب بعضی سوالاتی که درباره درمانتان می‌پرسند بتوانم جوابگو باشم.

آقای کامنز: بسیار عالی است خیالم بسیار راحت شد زیرا می‌دانم به من کمک خواهید کرد. بسیار متشکرم

پرستار: آقای کامنز با پزشکتان تماس خواهم گرفت و اطلاعات دریافت شده را واضح خواهم کرد. و در ساعت ۵ بعد از ظهر بر می‌گردم شاید در آن وقت بتوانیم با خانواده شما نیز تماس تلفنی بگیریم.

آقای کامنز: بسیار برنامه خوبی است اما ممکن است مجبور شویم ساعت ۶ با فرزندانم تماس بگیریم.

پرستار: بسیار خوب. ساعت ۵ بعد از ظهر بر می‌گردم تا دربارهٔ اطلاعات بدست آمده صحبت کنیم و ساعت ۶ بعد از ظهر با فرزندانتان تماس می‌گیریم.

تفسیر: سناریوی اول بر نیازهای پرستار تمرکز داشته و بر نیازهای بیمار تمرکز ندارد.

بسیاری از تعاملات در سناریوی اول مانع فرآیند ارتباط بوده‌اند.

سناریوی دوم اجازه می‌دهد که بیمار نگرانیها و عدم توانایی در تصمیم گیریهایش به زبان بیاورد.

پرستار با استفاده از جملات باز و گسترده جهت کمک نمودن به برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری منطبق با اهداف بیمار یاری می‌نماید.

مهارتهای محاوره‌ای[1]

مکان مناسب برای شروع مکالمه لازم است گفتگو یا تبادل ارتباط کلامی، یک تعامل اجتماعی باشد از زمانی که اجتماعی شدن آغاز شده بشر مانند کودکان آموخت که چگونه با دیگران گفتگو نماید و دانشجویان پرستاری سالهاست که ارتباط کلامی را تجربه نموده‌اند. هرچند پرستاران می‌توانند ارتباطاتشان را گسترش داده و با توجه به نکات زیر به یک ارتباط یاری دهنده مؤثر با بیماران دست یابند.

- هنگام گفتگو تن صدای خود را کنترل نمایید تا کاملاً آنچه مقصود شماست بتوانید انتقال دهید و پیام شما مخفی باقی نماند. تن صدای پرستاران باید نشان‌دهنده علاقه و بردباری و

1- conversation skills

پذیرش بیمار باشد نه این که نشان‌دهنده خستگی، عصبانیت و خصومت

- دررابطه‌با موضوع گفتگو اطلاعات‌کافی داشته‌باشید و اطلاعات مناسب را کسب نمایید در صورت امکان پرستار باید قبل از گفتگو با بیمار، با موضوع گفتگو آشنایی پیدا نماید البته اگر موضوع شناخته شده نیست(برای‌مثال دسترسی به‌منابع جامعه برای مراقبت کنندگان خانواده از بیماران با نیازهای ویژه) بهترین راه این است که بیمار و خانواده‌اش را به سوی منابع دیگری متوجه نماید و باعث ایجاد اطمینان و اعتماد شوید.
- قابلیت انعطاف داشته باشید پرستار ممکن است موضوعی را برای بحث در نظر بگیرد ولی بیمار تمایل به بحث در رابطه با موضوعی دیگر داشته باشد که البته بهتر است در صورت امکان موضوع، بیمار را دنبال نماییم و در یک فرصت مناسب پرستار می‌تواند به موضوع اصلی برگردد برای مثال پرستار به کنار تخت بیمار می‌آید تا داروپش را بدهد، اما بیمار در رابطه با رژیم غذایی‌اش صحبت می‌نماید بهتر است به جای اصرار به انجام کار به بیمار اجازه دهید تا مدت کوتاهی در رابطه با مسئله صحبت نماید به شرط این که زمان کافی برای گفتگو وجود داشته باشد.
- واضح و مختصر صحبت کنید و تا حد امکان از جملات ساده استفاده نمایید. بیماران اغلب مضطربند و حتی اگر گفتگو در سطح قابل درک برایشان باشد باز ممکن است در دریافت پیام پرستار، دچار اشکال شوند. در یک زمان درباره یک موضوع صحبت کنید.
- از بکار بردن کلماتی که تعابیر متفاوتی دارد خودداری نمایید. بررسی معنای کلمات را اصطلاحاً علم معانی[1] گویند. حتی هنگامی که دو بیمار با زبان مشترک با هم صحبت می‌نمایند. بعضی کلمات نظیر عشق، تنفر، آزادی و امنیت ممکن است معانی مختلفی برای آنها در بر داشته باشد.
- صادق باشید بیماری که اطلاعات غلط می‌دهد به زودی خواهد توانست باعث عدم اطمینان پرستار شود اگر از چیزی اطمینان ندارید بپذیرید که نمی‌دانید و در جستجوی جواب باشید تا این که تفسیر نموده و یا احتمالاً اشتباه نمایید.
- یک فکر باز داشته باشید داشتن این دیدگاه که «من از بیمار بهتر می‌دانم» به سرعت توسط بیمار درک می‌شود بیمار می‌تواند سهم به سزایی در انجام مراقبت‌های بهداشتی خود داشته باشد.
- از فرصتهای مناسب سود ببرید. در طی انجام بسیاری از مراقبتها، پرستار می‌تواند گفتگو را با بیمار تسهیل نماید تا به وسیله آن اعمال روتین را پرمعنی‌تر نماید برای مثال هنگامی که بیمار حمام در تخت می‌شود پرستار می‌تواند درباره شغل او سوال نماید این مسئله به بیمار اجازه می‌دهد که احساسات منفی و مثبت خود را در رابطه با شغل و از دست دادن آن بیان نماید این موضوع سبب کاهش اضطراب مربوط به از دست دادن شغل و باعث راحتی بیمار شده و باعث می‌شود بیمار فکر کند که یک نفر این مسئله را درک نموده و به آن توجه دارد.

مهارتهای گوش دادن[2]

شنیدن مهارتی است که شامل گوش دادن و تفسیر آنچه دیگران می‌گویند می‌باشد گوش دادن نیاز به توجه و تمرکز جهت طبقه‌بندی ارزیابی و تعیین اعتبار، جهت درک بهتر معنای صحیح آنچه بیان می‌شود دارد (شکل ۵-۲۱) جدول ضمیمه از دیدگاه یک دانشجوی پرستاری بوده و تجارب او را شرح می‌دهد. تکنیک‌های توصیه شده زیر ممکن است در جهت پیشبرد مهارتهای گوش دادن ما را یاری نماید:

- هرگاه امکان دارد در هنگام برقراری ارتباط با بیمار بنشینید دستها و پاهایتان را روی هم نگذارید زیرا زبان بدن پیامی مبنی بر نزدیکی به نظرات بیمار را منتقل می‌نماید.
- هوشیار ولی آرام باشید و زمان کافی را به بیمار اختصاص دهید تا این که احساس راحتی در طی گفتگو داشته باشد.
- تا حد امکان گفتگو را با حالت طبیعی برقرار نمایند و از به کار بردن صداهای بلند توام با عجله خودداری نمایید.
- اگر اصول فرهنگی اجازه می‌دهد در یک تماس چهره به چهره بدون خیره شدن تماس چشمی با بیمار برقرار نمایید این روش علاقه به گفتگو و تمایل به شنیدن پرستار را به بیمار انتقال می‌دهد.
- بوسیله استفاده از حالات صورت و ژست‌های بدن نشان دهید به آنچه بیمار می‌گوید توجه دارید به هر دو ارتباط کلامی و غیر کلامی توجه داشته باشید.
- قبل از نشان دادن هر واکنش به بیمار فکر کنید واکنش نشان دادن بدون فکر کردن باعث قطع ارتباط و گوش دادن می‌شود
- تظاهر به گوش دادن نکنید بیشتر بیماران نسبت به توجهات تصنعی یا بی‌حوصلگی و بی‌تفاوتی حساسیت نشان می‌دهند.
- به مطالبی که بیمار توضیح می‌دهد گوش دهید چه موضوعات تکراری در گفتار و رفتار بیمار وجود دارد؟ بیمار تمایل به اجتناب از چه موضوعاتی را دارد؟ چه مطالبی بیمار را مایل می‌سازد تا گفتگو را به سمت مطلبی دیگر سوق دهد؟ چه تناقضات و وقفه‌هایی در صحبت‌های بیمار وجود دارد؟

1- Semantics   2- Listening skills



شکل ۵ـ۲۱. با دقت، توجه، تمرکز و بی‌ریا به سخنان بیمار گوش دهید این امر کلید یک ارتباط مؤثر است.

سکوت[1]

پرستار می‌تواند از سکوت استفاده مناسب نماید وی باید صبر کند تا بیمار گفتگو را شروع و یا ادامه دهد در طول زمان سکوت پرستار می‌تواند نسبت به آنچه انجام شده فکر کند و بدون مجبور به تمرکز بر لغات گفتاری باشد بیمار را زیر نظر داشته باشد دوره‌های سکوت از زمان برقراری ارتباط می‌تواند معنای مختلفی را انتقال دهد که شامل موارد زیر است:

- بیمار ممکن است احساس راحی نموده و از ارتباط بین پرستار، بیمار احساس خشنودی نماید در این صورت ادامه صحبتهای غیر ضروری می‌باشد.
- بیمار ممکن است سعی نماید نشان دهد خوددار است و توانایی تطابق بدون یاری گرفتن را دارد.
- بیمار ممکن است احساسات و اندیشه‌های درونی خود را بازبینی نماید و گفتگو این احساسات و اندیشه‌ها را مغشوش نماید در حقیقت بیمار بطور واقعی بیان می‌دارد «من نیاز به زمان جهت فکر کردن دارم»
- بیمار ممکن است ترسیده باشد و از سکوت به عنوان راهی برای فرار استفاده نماید در یک فرصت مناسب پرستار ممکن است در رابطه با سکوت با بیمار بحث نماید بخصوص اگر پرستار بخواهد معنای آن را بداند بعضی اوقات ترس از سکوت باعث می‌شود بیشتر با پرستار صحبت نماید همچنین، صحبت زیاد باعث می‌شود که به جای تاکید بر بیمار، تاکید بر روی پرستار باشد.

استفاده از لمس[2]

لمس یک مقصود قدرتمند از ارتباط بوده که دارای معنای مختلف می‌باشد لمس می‌تواند در بیماران موجب تصدیق، اطمینان یافتن

از دید یک دانشجو

اولین روزی بود که چرخش دوره بالینی خود را داشتم که مسئول آقای آندرسون شدم او به تازگی وار ۹۰ سالگی شده بود و در بیمارستان بدلیل دومین حمله قلبی بستری شده بود آقای آندرسون مدت ۵ سال بود که پس از فوت همسرش به تنهایی زندگی می‌کرد او دلش می‌خواهد به کسی وابسته نباشد. اما دختر و پزشک او معتقدند که وی به تنهایی قادر نخواهد بود عملکرد خوبی در طی زمانهای طولانی داشته باشد.

آقای اندرسون بخاطر این اعتقاد دچار اضطراب است این اولین روز من است و مشابه هیچیک از کلاسهای درسی من نمی‌باشد و من هرگز قبلاً در بیمارستان کار نکرده‌ام در حال حاضر احساس ناامنی نموده و عصبی هستم واقعاً کار زیادی برای ما وجود ندارد که انجام دهیم ما هنوز اجازه دادن دارو نداریم و بیمار من بطور جالبی در انجام کارهایش کارآمد است بخاطر این که هنوز مهارت کافی ندارم وقتم را به گرفتن علایم حیاتی، کمک نمودن به آقای اندرسون جهت استحمام و توالت رفتن و مرتب نمودن تخت او صرف نمودم. پس از کنترل نمودن چارت، مصاحبه با او را شروع کردم، من بسیار خوشحالم که متوجه شدم او فردی است که با حقیقت صحبت می‌کند حافظه بسیار قوی دارد یا این که یک انسان بزرگ است.

او خاطرات دوران کودکی و همسرش را با جزئیات زیاد و هیجان بیاد آورد و هنگامی که از دختر و بچه هایش که بزرگ شده بودند صحبت می‌کرد لبخند می‌زد و می‌خندید او درباره بیماری، دوران بچگی دخترش به خوبی صحبت نمود. ما در مورد افسردگی، جنگ جهانی، موزیک، هنر و تحصیلات با هم صحبت کردیم او در مورد خانواده من واهمه داشت. از دست دادن همسرش سلامتی و زوال بدنش و در خصوص از دست دادن متعلقات و خانه‌اش با من گفتگو نمود وی معتقد است که فرستادنش به خانه‌های پرستاری و یا وابسته بودن به دیگران برایش تحقیرآمیز است و این مسئله او را آزار داده و غمگین می‌نماید. آقای آندرسون در روز دوم کار من مرخص شد و هنگامی که با او خداحافظی کردم آرزو داشتم که کاش می‌توانستم بعضی کارها را برایش انجام دهم. من دربارهٔ او مدتها فکر کردم و سپس فهمیدم در طی این دو روزی که آقای آندرسون را شناختم، بعضی کارها را در کنار تعویض ملحفه او می‌توانستم انجام دهم. به حرفهای او گوش دادم، اگرچه خانواده او وقت کمی با او صرف می‌نمایند و پزشک نیز سریع به از اطاق وارد و خارج می‌شود؛ من به او اجازه دادم صحبت کند و هرچه بوسیله گفتارش و یا آنچه چشمهایش بیان می‌نمودند را می‌شنیدم. او همیشه یک خاطره خوب برای من خواهد بود و فکر می‌کنم من هم یک خاطره خوب برای او هستم.

1- silence
2- Touch

مجدد، کاهش حس تنهایی، احساس صمیمیت و گرمی، ایجاد تحریک و افزایش اعتماد به نفس شود همچنین می‌تواند باعث ابطال فرآیند ارتباط، عصبانیت، پرخاشگری و احساس مجازات و تجاوز نمودن به فضا و خلوت و انتقال نوعی ارتباط منفی (مانند تملق) به دیگران شود (جیگر و دیوید پیزهیزار[1]، ۲۰۰۴) بخاطر اهمیت فردی لمس، لازم است پرستار فواید و مضرات استفاده از آن را برای هر بیمار بسنجد لمس اگر در زمان صحیح استفاده شود می‌تواند به عنوان یک ابزار قدرتمند تلقی شود هنگامی که بیمار قادر به درک معنی لمس نباشد و یا دوست نداشته باشد که لمس شود ممکن است دچار اضطراب و ناراحتی شود لمس یکی از تکامل یافته‌ترین حواس در زمان تولد است تجارب لمس در نوزادان و بچه‌های کوچک جهت تکامل طبیعی «من» و شناخت دیگران لازم است این مسئله ثابت شده است که بسیاری از افراد پیر تمایل به لمس شدن دارند بخصوص لمس وقتی از کسانی که دوستشان دارند به دلیل بستری شدن در بیمارستان و یا اقامت در خانه‌های پرستاری دور بوده‌اند بسیاری از افراد پیر فامیلی که زنده باشد را ندارند تا از طریق لمس به آنها توجه نموده و احساس خوب بودن را در آنها بوجود آورد. در این مورد پرستار می‌تواند بعضی مراقبت‌های مخصوص را بوسیله گرفتن دست بیمار انجام دهد (شکل ۶-۲۱).

بنابراین نزدیکی فیزیکی پرستار و بیمار لازم و غیر قابل اجتناب بوده و هر پرستار نیاز است در استفاده صحیح از روش ارتباط غیر کلامی احساس راحتی نماید تا این که به جای احساس اضطراب اطمینان خاطر ایجاد شود همانطور که مهارت و اطمینان در استفاده از دستها حین گرفتن فشار خون یا انجام تزریق به بیمار اطمینان می‌دهد که پرستار مهارت لازم را داراست.

لمس درمانی[2]

اخیراً به پدیده‌ای به نام لمس درمانی علاقه زیادی پیدا شده است. لمس درمانی شامل مقادیر زیاد متعادل کننده انرژی در بدن و هدایت مجدد این انرژی می‌باشد. پس از بررسی «حیطه انرژی» بیمار، پرستار از لمس درمانی جهت ارتقاء راحتی، آرامش، شفابخشی و احساس خوب بودن استفاده می‌کند. بسیاری از پرستاران لمس درمانی را در برنامه‌های آموزشی پرستاری و یا در حین گذراندن دوره‌های خاص و در کارگاههای آموزشی لمس درمانی را مطالعه نموده‌اند. لمس درمانی اخیراً به عنوان یک روش مناسب و گسترده جهت درمان در مقالات پژوهشی پرستاری پذیرفته شده است (هاتچیسون[3]، ۱۹۹۹).



شکل ۶-۲۱. گرفتن دستها با استفاده از لمس، پیامی را انتقال می‌دهد. گاهی اوقات لمس می‌تواند در مقایسه با ارتباط کلامی در انتقال علاقه و تمایل فرد مؤثر واقع شود.

استفاده از مزاح

اخیراً اهمیت بذله‌گویی هم در مهارتهای بین فردی برای پرستار و هم به عنوان یک روش تکنیکی برای بیمار مورد توجه قرار گرفته است. پرستارانی که از بذله‌گویی به طور مؤثر به جهت حفظ توازن کاری و تشویق بیماران به انجام کار استفاده می‌نمایند، یک ابزار ارزشمند در اختیار دارند. پرستارانی که روحیه بذله‌گویی دارند می‌توانند با خودشان بخندند و اشتباهاتشان را پذیرفته و با مسایل بی‌معنی در کار روزانه برخورد نموده و با این امر که بیماران وضعیت دشوار فعلی خود را جزء تجارب مهم زندگیشان فرض می‌کنند مبارزه نمایند. خندیدن انرژی روانی و جسمی زیادی را آزاد می‌کند و باعث کاهش استرس، اضطراب نگرانی و ناامیدی می‌گردد. بذله‌گویی نیز مانند سایر تعاملات بین فردی، یک مهارت آموختنی است و هنگامی که به طور نامناسب استفاده شود می‌تواند مخرب واقع گردد. پرستاران کم‌تجربه بهتر است پرستارانی که از بذله گویی به نحو احسن استفاده می‌نمایند را شناخته و به تمرین رفتارهایی که از آنها مشاهده می‌نمایند بپردازند.

روشهای مصاحبه

هدف از انجام هر نوع مصاحبه کسب اطلاعات صحیح و کامل می‌باشد. در پرستاری، مصاحبه یکی از ابزارهای مهم برای جمع‌آوری اطلاعات در طی مرحله بررسی و شناخت پرستاری می‌باشد (فصل ۱۲ را ملاحظه کنید) در نتیجه هر پرستار نیاز دارد

1- Giger and Davidhizar 2- Theraputictouch
3- Hutchison

به جهت استفاده از روشهای مصاحبه که قبلاً بحث شد و همچنین به جهت جمع‌آوری اطلاعات و اعتبار بخشیدن به آنها تخصص پیدا نماید. تمامی مصاحبه‌ها را باید با توضیح در خصوص هدف از مصاحبه شروع نموده در طی مصاحبه پرستار از روشهای مختلفی جهت کسب اطلاعات مورد نیاز استفاده می‌نماید که در عین حال باید در انتخاب روش، انعطاف‌پذیر نیز باشد. مصاحبه یک تعامل درمانی است و ممکن است یکی از قسمتهای مهم مرحله آشنایی در ارتباط یاری دهنده باشد. در خاتمه مصاحبه، برنامه‌های بعدی ارتباط باید تعیین گردد. روشهای مصاحبه فوق بخصوص هنگام مصاحبه و تقریباً برای تمامی تعاملات پرستار ـ بیمار مفید خواهد بود.

نظریه استفاده از سوالات باز

هنگام اخذ تاریخچه پرستاری، پرستار از سوالات مذکور استفاده می‌نماید تا به بیمار این امکان را بدهد که پاسخ‌های ممکن را به سوالات بدهد این روش باعث صحبت بیشتر بیمار می‌شود مهمترین مزیت این روش آن است که از جواب دادن بیمار به صورت کلمات ساده بله یا خیر جلوگیری می‌نماید. به مثالهای زیر که نمونه‌هایی از سوالات باز و پاسخ‌های آن است توجه کنید:

پرستار: پزشک شما در رابطه با نیاز به بستری شدنتان در این بیمارستان چه می‌گوید؟

بیمار: او به من گفت فشار خونم به طور خطرناکی بالاست و هنگامی که به آزمایشات خاص نیاز داشته باشیم من اینجا هستم

این سوال باز توسط پرستار به بیمار اجازه می‌دهد که آنچه را فهمیده و صحت دارد، بیان نماید و در عین حال بطور کافی از برداشتهای غلط مطالبی که در فرم پذیرش بیمار آمده است جلوگیری می‌نماید پرستار می‌تواند با سوالات باز توصیفی مانند آنچه در زیر آمده صحبت را ادامه دهد:

پرستار: این خبرها شما را چگونه متأثر می‌نماید؟

بیمار: به هر حال من شوکه شدم و این مسئله مرا گیج کرده است. چون فکر می‌کردم فشار خونم در حد مطلوب باشد من می‌دانم که در نتیجه فشار خون بالا چه بر سر پدرم آمد.

اکنون پرستار اطلاعات زیادی از بیمار دارد و می‌تواند اطلاعات بیشتری از بیمار کسب نماید این روش باید بطریقی انجام شود که بیمار احساس نکند پرستار او را بازجویی یا استنطاق می‌نماید.

نظریه استفاده از سوالات بسته

استفاده از سوالات بسته به بیمار اجازه می‌دهد که انتخاب پاسخ‌های احتمالی را محدود نموده و اغلب ممکن است به وسیله یکی از دو کلمه بله یا خیر جواب دهد. سوالات بسته جهت جمع‌آوری اطلاعات مخصوص از بیمار استفاده شده و به پرستار و بیمار اجازه می‌دهد به موضوع خاصی تمرکز یابند. هنگامی که سوالات بسته به طور مناسب استفاده نشود مانعی جهت برقراری ارتباط مؤثر خواهد بود. مثالهای زیر نمونه‌هایی مناسب جهت استفاده از سوالات بسته می‌باشد:

پرستار: شما در خانه از چه داروهایی استفاده می‌نمایید؟

بیمار: اجازه بدهید ببینم پزشک به من یک قرص مدر و یک قرص فشار خون داده است که روزانه مصرف نمایم. این روش به پرستار اطلاعاتی را که جستجو می‌نماید بطور دقیق می‌دهد.

سوالات اعتباری

این نوع سوالات برای تعیین اعتبار آنچه پرستار معتقد است شنیده یا مشاهده کرده است به کار می‌رود با توجه به مثالی که در روش قبل بیان شد پرستار باید اعتبار آنچه را به بیمار بیان می‌دارد، به صورت زیر بیان نماید.

پرستار: شما در خانه باید هم داروی مدر و هم قرص فشار خون را هر روز مصرف نمایید آیا آنها را مصرف نموده‌اید؟

بیمار: بله من یکی از هرکدام را با صبحانه‌ام مصرف نموده‌ام.

پرستار قادر است تحقیق نماید که آیا بیمار دارویش را به طور معمول و با دوز صحیح روزانه هر روز مصرف نموده است استفاده زیاد از سوالات اعتباری ممکن است این مطلب را به بیمار القاء نماید که پرستار به حرفهای او گوش نمی‌دهد.

سوالات روشن کننده

با استفاده از این روش پرستار سعی می‌کند از توضیحات بیمار منفعت ببرد.

بیمار: من هرگز قبلاً نیاز به مصرف دارو در تمامی طول عمرم نداشته‌ام.

پرستار: آیا این اولین مشکل سلامتی است که برای شما به وجود آمده؟

بیمار: بله من همیشه سلامت بوده‌ام.

استفاده زیاد از این روش می‌تواند به بیمار القاء نماید که پرستار به حرفهایش گوش نمی‌کند و یا آنها را نمی‌فهمد هرچند وقتی درمان مناسب استفاده شود از سؤ تفاهمهایی که منجربه تشخیص‌های پرستاری نامناسب می‌شود جلوگیری نماید. در مثال بالا با مشخص شدن وضعیت سلامتی قبلی بیمار، پرستار می‌تواند دانش بیمار را در خصوص مسئله فشار خون بررسی نموده و برنامه سلامتی مورد نیاز را طراحی نماید.

سوالات انعکاسی

سوالات انعکاسی شامل تکرار آنچه بیمار می‌گوید یا توصیف احساسات بیمار می‌باشد بدین وسیله بیمار تشویق می‌شود تا افکار و احساسات خود را با دقت تکمیل نماید یک مثالی از این روش در زیر آمده است.

بیمار: من حقیقتاً به خاطر بالا رفتن فشار خونم و این که مجبورم از این قرص‌ها استفاده نمایم، مضطرب هستم.

پرستار: آیا شما مضطرب شده‌اید؟

بیمار: نگرانی من بخاطر آن است که اگر فشار خونم خیلی بالا برود، چه اتفاقی خواهد افتاد.

با گفتن این مطلب، پرستار بیمار را تشویق می‌نماید که موضوع را با بیان مطالب بیشتری روشن نماید استفاده مکرر و زیاد از این روش یا استفاده آن بطور مکانیکی بیمار را به سمت اعتقاد بر این که پرستار به حرفهای او گوش نمی‌کند یا تمایلی به گوش دادن ندارد سوق می‌دهد.

سوالات تسلسلی

سوالات تسلسلی برای تعیین رابطه زمان حوادث و یا جستجوی رابطه علی و معلولی احتمالی بین حوادث استفاده می‌شود. استفاده از این روش در مثال زیر آورده شده است:

بیمار: از وقتی که داروهای فشار خونم را استفاده می‌نمایم احساس می‌کنم حالم خیلی مساعد نیست، خسته هستم و احساس می‌کنم هیچ نیرویی ندارم.

پرستار: خستگی شما بعد از این که داروهایتان را شروع کردید آغاز شده است؟ این نوع سوال می‌تواند پرستار را به سمت عوامل احتمالی دخیل در مشکل مددجو هدایت نماید بررسی و شناخت پرستاری زمانی تسهیل می‌شود که توالی حوادث ما را به سمت مشکلی که بدنبال مشکلات دیگر بوجود آمده است هدایت نماید.

سوالات مستقیم هدایت‌کننده

استفاده از این نوع ممکن است زمانی نیاز باشد که بخواهیم اطلاعات بیشتری در مورد مطلب بخصوصی که در اول مصاحبه بیان شده و یا جنبه تازه‌ای از مطلبی که در حال حاضر مطرح می‌شود را به دست آوریم در بعضی از موارد پرستار می‌تواند سعی نماید بیمار را به سوی موضوع خاص با استفاده از روشی که در زیر آمده سوق دهد:

پرستار: شما بیان نمودید که پدرتان را زود از دست دادید آیا او مشکلاتی بدنبال فشار خون بالا داشت؟

بیمار: بله

پرستار: چه مشکلاتی داشت؟

بیمار: نارسایی کلیه، او سالها دیالیز می‌شد قبل از این که تحت عمل جراحی پیوند کلیه قرار گیرد.

پرستار: شما می‌ترسید که این مسئله برای شما اتفاق بیفتد؟

به این ترتیب پرستار اطلاعات با ارزشی از نظر بررسی و شناخت وضعیت سلامتی بیمار و نیازهای آموزشی یا مشاوره‌ای وی کسب می‌نماید.

مهارتهای قاطعانه

پرستار هنگام برقراری تعامل با بیماران، اعضای خانواده، پرستاران، متخصصین و سایر اعضای تیم مراقبت بهداشتی باید به نحوی ارتباط برقرار نماید که نشان‌دهنده احترام گذاردن به تمامی شرکت‌کنندگان باشد. رفتارهای قاطعانه که یکی از نشانه‌های ارتباطات پرستاران متخصص می‌باشد باید از رفتارهای تهاجمی مانند خشونت، اهانت، یا تخریب و همچنین از رفتارهای تسلیم شونده که متضاد رفتارهای قاطعانه می‌باشد تمیز داده شود. کلید قاطعانه بودن این است که ارتباطی توام با صداقت و صریح برقرار نمایید «من» اظهار می‌دارم.... من احساس می‌کنم..... و من فکر می‌کنم....» نقش مهمی در بیانات قاطعانه ایفا می‌نماید. مثالهایی از گفتار قاطعانه و غیر قاطعانه در جدول ۲۱ـ۳ بیان شده است. چهار جزء اصلی واکنش یا روش قاطعانه شامل موارد زیر می‌باشد:

۱) همدلی داشتن
۲) توصیف احساسات یا موقعیت فرد
۳) مشخص نمودن انتظارات
۴) پیش‌بینی پیامدها (آنجل و پترونکو[1]، ۱۹۸۳)

برای مثال دانشجویی که احساس می‌کند سراسر هفته‌اش را با انجام فعالیتهای بالینی گذرانده است ممکن است به نحو زیر با مربی‌اش ارتباط برقرار نماید:

همدلی: «من فکر می‌کنم برای شما مشکل است که هر هفته تکالیف بالینی ما را بررسی نموده و در نظر بگیرید که هرکدام از ما به چه چیز نیاز داریم»

تعریف: من ناگزیرم به شما بگویم در حال حاضر احساس می‌کنم به اندازه‌ای کار دارم که هر هفته هنگام رفتن از بیمارستان به خانه اشک از چشمانم سرازیر خواهد شد.

انتظار داشتن: من گیج شده‌ام ای کاش می‌توانستم در این باره صحبت نمایم دوست دارم که زیاد کار کنم ولی به نظر می‌رسد برای بدست آوردن هر چیز نیاز به کمک دارم.

نتیجه: من انتظار دارم که کار بالینی را خوب انجام دهم اما

1- Angel and petronko

جدول ۳ـ۲۱. مثالهایی از گفتگوی قاطعانه و غیر قاطعانه

	قاطعانه	غیر قاطعانه
پرستار به پرستار	من می‌دانم که همه ما گاهی ساعاتی را تلف می‌کنم اما من در مورد شما به این نتیجه رسیده‌ام که ساعتی را که ناهار صرف می‌کنید بیشتر و بیشتر می‌شود من فکر نمی‌کنم این کار برای بیماران عادلانه باشد و من مجبورم بیشتر از ۳۰ دقیقه در هر روز برای بازگشتن شما از ناهار وقت صرف کنم ما می‌توانیم در این باره صحبت نماییم؟	«اما من واقعاً اهمیت نمی‌دهم خوشبختانه امروز خیلی زیاد سرم شلوغ نیست فکر می‌کنم چه آدم ساده‌لوحی هستم»
پرستار به پزشک	«من میدانم که ما در مواردی درد آقای اسپوزیتو قبل از این که اطلاعات جدیدی در مورد وی جمع‌آوری کنیم صحبت کرده‌ایم حتی با تغییر دوز او فقط یک تا یک نیم ساعت تسکین می‌یابد من معتقدم استفاده از یک مسکن دیگر بهتر می‌تواند اثر کند.	«اوهوم..... بله می‌دانم که شما قبلاً دوز دارو را عوض کرده‌اید. موضوع این است که هنوز فکر می‌کنم دارو موثر واقع نشده است شاید من از آن را به دفعات کافی نداده‌ام به هر حال از این که به حرفهای من گوش داده‌اید متشکرم متاسفم از این که در رابطه با این مسئله شما را نگران کردم.
دانشجوی پرستاری به مربی	«خانم چنگ دستور جدیدی مبنی بر گذاشتن یک سوند موقت داد. من روش کار را دوباره مطالعه نمودم اما متشکر می‌شوم از شما اگر در رابطه با آن برای من توضیح دهید زیرا من قبلاً هرگز این کار را انجام نداده‌ام و می‌ترسم.»	«اوه متاسفم از این که دوباره چنین دردی دارم من مجبورم دوباره سوند را نگهدارم اما نمی‌دانم از کجا شروع کنم می‌دانم شما سرتان شلوغ است اما آن آیا ممکن است زمانی را برای من صرف نمایید؟»

می‌ترسم اگر کارها به‌همین‌منوال که درحال‌حاضر وجود دارد ادامه یابد، من نمی‌توانم نیمسال تحصیلی را به پایان ببرم. همچنین از هرگونه کمکی که بتوانید به من بکنید ممنون خواهم بود.

خصوصیات پرستاران قاطع شامل رازداری، وضعیت بدنی راحت، تماس چشمی، استفاده از عبارات واضح و مختصر، «من» بیان می‌دارم، و توانایی در تقسیم صادقانه افکار، احساسات و هیجانات فرد می‌باشد. طرز تفکر قاطعانه پرستاران نسبت به کار این است که آنها توانایی تمجید کردن و تعریف شنیدن را دارند و اشتباهات را صادقانه پذیرفته و مسئولیت آن را به عهده می‌گیرند.

موانع برقراری ارتباط

عدم درک بیمار به عنوان یک انسان

در ابتدا این مسئله حائز اهمیت است که پرستار بر کل وجود بیمار و نه صرفاً بر تشخیص بیمار تمرکز نماید. بیمار اظهار می‌دارد که هیچ چیز ناراحت کننده‌تر از آن نیست که به جای توجه به او، درمانهای انجام شده به عنوان هدف مراقبتی توجه شود. همچنین در ابتدا مهم است که بیماران را با عناوین رسمی مانند خانم، دوشیزه، آقا یا دکتر به جای استفاده از کلماتی مانند عزیزم خطاب نماییم. آنچه که پرستاری را از سایر حرفه‌های بهداشتی مجزا می‌نماید تاکید بر کل وجود انسان بوده و فقط بر روی بیماری یا اختلالات بدن نمی‌باشد.

آقای گوردون بیماری با تشخیص نارسایی کبد و در حال احتضار را به یاد بیاورید. در این سناریو، دانشجوی پرستاری از پرسنل و رزیدنت فقط بر جنبه‌های تکنیکی مراقبتی از بیماران تمرکز دارد، نگران است. جهت برقراری ارتباط مؤثر در این افراد برطرف نمودن این نگرانی پرستار باید زمانی که با آنها صحبت می‌کند چهار جزء دیدگاه قاطعانه را ترکیب نموده و بر نیاز برای مهیا نمودن مراقبت از تمامیت بیمار پافشاری نماید.

ناتوانی در گوش دادن

بیماران ممکن است احساس کنند قادر هستند و یا قادر نیستند که با پرستار به آسانی ارتباط برقرار نمایند اغلب تعیین علایمی که نشان‌دهنده آمادگی برای گفتگو می‌باشد زیرکانه و دقیق است اگر پرستاران به بیماران خود با ذهنی محدود یا متمرکز بر نیازهای خودشان، بجای نیازهای بیماران نزدیک شوند ممکن است فرصتهای ارزشمند به جهت برقراری یک ارتباط مهم از دست برود. همچنین پرستاران که به توانایی‌های خود در جهت مبارزه با مشکلاتی که بیمار ایجاد می‌کند اعتماد ندارند ممکن است در پاسخ به نظرات بیمار حالت تدافعی پیدا کنند حالت تدافعی پرستار یک مانع بزرگ جهت آغاز و اعتبار بخشیدن به ارتباط خواهد بود.

استفاده از سوالات و نظرات نامناسب

از به کار بردن بعضی نظرات و سوالات در بسیاری از موقعیتها باید خودداری نمود، زیرا مانع برقراری یک ارتباط مؤثر می‌شوند. هرکدام از آنها به صورت زیر توضیح داده شده است.

استفاده از کلیشه‌ها[1]

کلیشه یک جواب ثابت، پیش پا افتاده و تکراری است. بیشتر کلیشه‌های مراقبت بهداشتی اشاره بر این موضوع دارند که دلیلی برای اضطراب یا وابستگی وجود نداشته و یا اطمینان کاذبی را القاء می‌نماید استفاده از آنها این مطلب را تداعی می‌نماید که علاقه واقعی به آنچه گفته می‌شود وجود ندارد. برای مثال حتی بکار بردن یک سوال عمومی «حال شما چطور است؟» می‌تواند یک مصاحبه را آغاز نماید و ممکن است در مواردی که بیمار به صداقت پرستار جهت توجه نمودن به احساساتش مشکوک است باعث ایجاد مشکلاتی شود. مثالهای زیر کلیشه‌های معمولی هستند که بهتر است بیان نشوند زیرا باعث شکست در برقراری ارتباط مؤثر خواهند شد.

«همه چیز درست خواهد شد»

«نگران نباشید شما فردا یا چند روز دیگر کاملاً خوب خواهید شد»

«پزشک شما بهتر می‌داند»

«شاد باشید فردا روز دیگری خواهد بود»

کلیشه‌های دیگر که باعث ایجاد یک نتیجه عمومی و جامع می‌شوند را نباید الزاماً در بیماران بخصوصی بکار برد زیرا که باعث وقفه در ارتباط شده و در بیمار این احساس ایجاد می‌شود که تنها یک موجود بی‌اهمیت است به مثالهای زیر توجه نمایید:

«مردها درد زیادی را تحمل می‌نمایند بنابراین چرا شما باید از چنین درد شدیدی شاکی باشید؟»

همه از جراحی می‌ترسند چرا شما باید اینقدر بی‌تفاوت باشید؟

«شما جوانان همه مثل هم هستید شما دعوت به همکاری نمی‌شوید زیرا می‌خواهید با رؤسا مبارزه نمایید.»

چنین جملاتی بندرت باعث ادامه ارتباط با بیمارانی می‌شود که آنها را مخاطب ساخته‌اند.

استفاده از جملاتی که فقط نیاز به جواب بله یا خیر دارد

سؤالاتی که با جواب ساده بله یا خیر می‌توان به آنها پاسخ داد باعث قطع صحبت می‌شود حتی هنگامی که شخص علاقه به ادامه صحبت کردن داشته باشد به سوالات زیر توجه نمایید:

پرستار: آیا شما روز خوبی داشتید؟ این سؤال تقریباً یک جواب مبهم را درخواست می‌کند و با یک عبارت کوتاه به پرستار گفته می‌شود. جملات بهتر در زیر بدین صورت آمده است:

پرستار: درباره چگونگی جلسه درمانی، احساسی که امروز داشتی و به آنجا رفتی برایم صحبت کن؟

امر غیر منتظره دیگر مطرح نمودن سؤالی است که بیمار می‌تواند به آن جواب «نه» بدهد. در حالی که جواب او می‌تواند باعث بروز مشکلاتی گردد. به سؤال زیر که توسط پرستار از بیماری که بعد از عمل جراحی پرسیده می‌شود توجه کنید:

پرستار: آیا شما آمادگی خارج شدن از تخت را دارید؟

اگر بیمار باید از تخت پایین بیاید پرستار با دادن فرصتی به بیمار برای گفتن «خیر» ممکن است باعث بوجود آمدن مشکلاتی گردد. گاهی اوقات مطرح نمودن سؤالاتی که جواب آنها بله یا خیر است مجاز می‌باشد به مثالهای زیر توجه نمایید:

پرستار: هنگامی که من بازویتان را این طور حرکت می‌دهم، آیا احساس درد می‌کنید؟

در استفاده از جملاتی که جواب «بله» یا «خیر» دارند مشکل هنگامی بوجود می‌آید که پرستار درصدد کسب اطلاعات بیشتر به عمل آمده یا سؤال ممکن است باعث ایجاد اشکال شود.

استفاده از سوالاتی که شامل کلمات چرا و چطور است

سوالاتی که در آنها از کلمات چرا و چطور استفاده می‌شود باعث ترساندن بیماران می‌شود. به سؤالات زیر توجه نمایید:

پرستار: چرا آنقدر خودتان را خسته نمی‌کنید که به خواب بروید؟

پرستار: چطور شما هیچگاه تصمیم به ادامه یک رژیم سخت نگرفته‌اید؟

این دو نوع سوال بهتر است بدینگونه مطرح شود:

پرستار: در صورتی که نتوانید بخوابید چه کاری انجام خواهید داد؟

پرستار: چه کاری تصمیم شما را برای ادامه یک رژیم سخت استوارتر می‌نماید؟

استفاده از سوالاتی جهت بررسی دقیق اطلاعات

سوالاتی که به صورت واضح جهت کسب اطلاعات بیان می‌شود ممکن است سبب قطع ارتباط شود. بیمارانی که احساس می‌کنند مورد استنطاق قرار گرفته‌اند رنجیده شده و معمولاً از صحبت کردن امتناع نموده و سعی می‌کنند از گفتگوی بیشتر خودداری نمایند. اگرچه پرستار احساس می‌کند به اطلاعات بیشتری نیاز دارد ولی در این هنگام بهتر است از بیمار پیروی نماید. به بیمار اجازه دهید پیشقدم شود و تا هنگامی که او آمادگی پیدا نکرده کسب اطلاعات پرستار باید به تعویق بیفتد. پرستاری که می‌گوید

1- cliches

«بیایید به عمق مسئله توجه نماییم» احتمالاً سبب قطع گفتگو می‌شود مگر این که بیمار آمادگی مواجهه با علت واقعی مسئله را داشته باشد.

استفاده از سؤالات راهنمایی کننده

یک سؤال راهنمایی کننده باعث پاسخی می‌شود که گفتگو کننده مایل به شنیدن آن می‌باشد. سؤالات راهنمایی کننده ممکن است جوابهایی که برای پرستار خوشایند است همراه داشته باشد اما بعید به نظر می‌رسد که بیمار را تشویق به پاسخی نمایند که بدون احساس و ترس باشد به مثال‌های زیر توجه نمایید:

پرستار: شما دیگر نمی‌خواهید سیگار را بکشید این طور نیست؟

پرستار: شما به خوبی توسط پرستارانتان مراقب می‌شوید این طور نیست؟

این سوالات به جای آن که باعث شود بیمار آنچه در فکرش وجود دارد را بیان نماید مستقیماً از بیمار انتظار دارد آنچه پرستار تمایل دارد در جواب بازگو نماید.

استفاده از عبارات نصیحت کننده

نصیحت کردن بیمار اغلب دلالت بر این مسئله دارد که پرستار می‌داند بهترین برای بیمار چه چیزی است و باعث انکار تصمیم‌گیری و ابراز احساسات بیمار می‌شود. نصیحت کردن همچنین باعث افزایش وابستگی بیمار به ارایه دهندگان مراقبت بهداشتی می‌شود. اگرچه نصیحت کردن در موقعیت‌های لازم و مناسب نیز به کار برده می‌شود و آن هنگامی است که فرد نصیحت کننده آگاهی کاملی داشته باشد و یا بیمار آگاهی نداشته باشد.

استفاده از عبارات داوری کننده

استفاده از عبارات داوری کننده سبب سوء استفاده از استانداردهای پرستاری در خصوص بیمار می‌شود. به عبارتی که پرستار به خانم جوانی که گریه می‌کند بیان نموده توجه نمایید:

پرستار: عمل شما بدین گونه ناپختگی شما را نشان می‌دهد چطور شما فکر نمی‌کنید شوهرتان چه احساسی خواهد داشت، اگر ببیند که شما این گونه گریه می‌کنید؟

پرستار قضاوت می‌کند که بیمار نابالغ است و مخالفت آشکار می‌تواند سبب قطع ارتباط موثر شد.

یک عبارت بهتر در این موقعیت می‌تواند بدین گونه عنوان شود:

پرستار: من دوست دارم به شما کمک کنم. به من بگویید چه چیزی باعث گریه شما شده است؟

به تبادل اطلاعات بین پرستار و بیمار در رابطه با عمل جراحی که در زیر آمده است توجه کنید:

بیمار: من فکر می‌کنم حق دارم که از این عمل جراحی احساس ترس نمایم.

پرستار: به من بگویید چه چیز باعث ترس شما شده است بنابراین بیمار احتمالاً هنگامی که به او اجازه می‌دهد احساساتش را بدون هیچ قضاوتی بیان نماید احساس اطمینان می‌کند.

سوزی موساشی دختر ۳ ساله‌ای که بدلیل سوختگی دچار درد شده بود را بیاد می‌آورید؟ از پاسخ‌هایی که بتوانید مانند یک کودک عمل کنید استفاده نمایید. حالا دیگر دختر بزرگی شده‌ای او می‌تواند تهدیدی باشد خصوصاً برای بچه کوچکی که برای پذیرش او دچار کشمکش است.

به جای آن می‌توان بدین گونه پاسخ دهد «می‌توانی به من بگویی چه چیز تو را غمگین کرده و یا چرا گریه می‌کنی؟» این روش می‌تواند به کودک اجازه دهد که احساساتش را بدون سرزنش یا تهدید شود به زبان بیاورد. همچنین این پاسخ به استوار نمودن یک ارتباط حقیقی بین پرستار ـ بیمار کمک می‌نماید.

تغییر دادن موضوع

یک روش سریع ختم گفتگو تغییر دادن موضوع می‌باشد. بیمار ممکن است آمادگی بحث نمودن در خصوص موضوعی را داشته باشد. ولی با تغییر موضوع گفتگو، باید احساس انتظار بی‌نتیجه بودن آن را داشت.

مثال زیر مسئله را واضح بیان می‌نماید.

بیمار: چه موقع با من در رابطه با تزریق انسولین، به خودم صحبت خواهید نمود؟

پرستار: در حال حاضر لطفاً بیایید در مورد رژیم غذایی‌تان صحبت نماییم. تا هنگامی که به منزل رفتید بدانید چه چیز باید بخورید. ما می‌توانیم درباره انسولین در موقعیت دیگری صحبت نماییم.

یک پرستار ممکن است هنگامی که درباره موضوع گفتگو احساس ناراحتی می‌کند، موضوع را تغییر دهد. برای مثال هنگامی که پرستار به بیمار اجازه می‌دهد که در رابطه با تهدید به مرگ و افکار خودکشی یا افکاری در خصوص سقط نمودن صحبت نماید باید نیازهای او را در نظر بگیرد. وقتی که پرستار به دلیل احساس ناراحتی از صحبت کردن در مورد موضوعی، آن را تغییر می‌دهد، نیازهای بیمار را نادیده گرفته است.

ایجاد اطمینان کاذب

به طور کلی آسان‌تر و خوشایندتر است که ما با نتایج مثبت به

مثالهایی از NANDA تشخیص‌های پرستاری	ارتباطات	
تشخیص‌های پرستاری	**عوامل مرتبط**	**نمونه‌هایی از مشخصه‌های تعریف شده**
ارتباط کلامی مختل	کاهش گردش خون مغز، تومور مغزی، مشکلات فیزیکی (تراکئوستومی، اینتوبیشن) نواقص آناتومیکی، شکاف کام، مشکلات فیزیولوژیکی (روانی، فقدان محرک) اختلافات فرهنگی، تکاملی یا در ارتباط با سن	افراد می‌توانند با تسلط صحبت نمایند، صحبت کردن یا بیان نمودن با مشکل، نمی‌توانند و قادر نیست صحبت کند، لوث‌کردن، به سختی کلمات یا جملات را شکل می‌دهد، به سختی افکارش را به زبان می‌آورد، استفاده از گفتار نامناسب «تنگی نفس دارد»، «ناآگاه» است.

جای نتایج منفی سروکار داشته باشیم پرستار گاهی اوقات ممکن است سعی در متقاعد نمودن بیمار نماید تا کارها به خوبی انجام شود حتی اگر بداند موقعیت‌های مناسبی وجود ندارد. اطمینان کاذب ممکن است بر بیماران این تأثیر را داشته باشد که پرستار تمایلی به حل مشکلات آنها ندارد. هنگامی که پرستار به بیمار اطمینان کاذب می‌دهد مکرراً از عبارات کلیشه‌ای استفاده می‌نماید، در نتیجه ممکن است ارتباط قطع شود. اگر پرستار سهواً این عمل را انجام دهد عذرخواهی از بیمار، به ادامه یک مصاحبه مؤثر کمک می‌کند.

بدگویی و شایعه

شایعه پراکنی و بدگویی از اشکال رایج ارتباطی در تشکیلات درمانی می‌باشند. بدگویی و شایعه می‌تواند تأثیر زیان‌باری بر ارتباط و ساختار گروهی داشته باشد. از بدگویی ممکن است به منظور اطلاع‌رسانی، تأثیرگذاردن بر دیگران سرگرمی یا تغییر جو استفاده شود. البته گاهی نیز ممکن است بی‌ضرر باشد. ولی گاهی نیز ممکن است به شهرت اشخاص لطمه وارد نماید. شایعات نیز نقشی مثل بدگویی دارند، ولی از بدگویی رایج‌تر می‌باشند. این مسئله حائز اهمیت است که بدانید بدگویی و شایعه ممکن است باعث لطمه به ساختار گروهی و شهرت اشخاص که موضوع اطلاعات هستند باشد.

توجه به بالغین مسن[1]

چه عواملی به طور مکرر باعث اختلال در برقراری ارتباط با افراد مسن می‌شود؟

روشهای برقراری ارتباط شامل صحبت کردن، شنیدن و درک نمودن گفتار دیگران، خواندن و نوشتن بوده و این یک موفقیت بزرگ و بی‌نظیر انجام شده توسط بشر می‌باشد. این مسئله نقش مهم و حیاتی در تمامی جنبه‌های زندگی ایجاد می‌نماید. در شغل ما خانواده ما و زمان تفریح هنگامی که فرآیند برقراری ارتباط بوسیله اختلال در صحبت کردن تکلم، یا شنیدن صدمه ببیند اثرات آن همواره جدی خواهند بود. اختلالات صحبت کردن، تکلم و شنیدن در افراد بالغ پیر شایع می‌باشد. این ویژگیهای فردی اغلب در این افراد یافت شده و بطور مجزا بر سطوح اجتماعی، اقتصادی و شخصی آنها زیان وارد می‌سازد. افزایش سریع رشد تعداد بالغین سالمند و بازماندگان ناشی از حوادث و بیماریها می‌تواند بر نحوهٔ گفتگو و تکلم آنها تأثیر گذاشته و موجب اختلال شنوایی شود. این مسئله همچنین باعث می‌شود که آنها با مشکلات ناشی از برقراری ارتباط بیشتر و بیشتر مواجه شوند. این گروه نیاز دارند که توسط افراد خانواده و دوستانشان به‌خوبی افراد حرفه‌ای که به جهت اختلال در برقراری ارتباطشان خدماتی را به آنها ارایه دهند درک شوند. اختلالات برقراری ارتباط که می‌تواند بر افراد مسن تأثیر بگذارد. ممکن است نتیجه اختلالات شنوایی، ضربات مغزی، سرطان یا سایر بیماریهای حنجره، پارکینسونیسم یا سایر اختلالات عصبی باشد. اختلالات در برقراری ارتباط بسیار گسترده بوده و شامل مشکل در صحبت کردن و درک پیامهای کلامی می‌باشد این اختلالات باعث کناره‌گیری و گوشه‌گیری می‌شود. در بالغین سالمند ممکن است به سبب مشکلات و یا نتایج احساسی ناشی از آنها شرکت نمودن در سطح اجتماعی یا اقتصادی سخت یا غیر ممکن باشد.

اختلالات گفتاری، تکلمی و شنوایی

ناتوانی در تکلم[2]

ناتوانی در تکلم مشکل پیچیده‌ای است که ممکن است به درجات مختلف، با کاهش توانایی در درک آنچه دیگران می‌گویند، توصیف خود و یا درک نمودن نتیجه شود. بعضی افراد با چنین مشکلی ممکن است کلامی نداشته باشند. در صورتی که بعضی

1- Older Adult   2- Aphasia

دیگر ممکن است با مشکلات ضعیفی جهت یادآوری نامها یا کلمات مواجه شوند. بعضی‌ها ممکن است مشکلاتی جهت قرار دادن کلمات در جای مناسب در جمله داشته باشند توانایی فهمیدن دستورات شفاهی جهت خواندن و نوشتن همچنین بحث کردن با افراد ممکن است مغشوش شود. ضربات مغزی بیشترین علت ناتوانی در تکلم در افراد مسن می‌باشد. امروزه تخمین زده می‌شود که بیش از یک میلیون فرد بالغ با آفازیا در ایالات متحده وجود دارند که البته به خیلی از افراد می‌توان به طور مؤثر در برقراری ارتباط کمک نمود.

اختلال تکلم[1]

صحبت کردن ممکن است در هم و برهم بوده و یا به عبارت دیگر مشکل فهم صحبت بدلیل عدم توانایی تولید صحیح صدا، نگهداری مطلوب تنفس و هماهنگی حرکات لبها، زبان، کام و حنجره باشد. بیماری‌هایی نظیر پارکینسونیسم، مولتیپل اسکلروزیس، و فلج بولبار، یا صدمات مغزی و تصادفات، می‌توانند از علل دیس آرتریا باشند بعضی افراد مبتلا به دیس آرتریا بالای ۶۵ سال سن داشته و به وسیله درمانهای مناسب اغلب ممکن است مهارتهای برقراری ارتباطشان بهبود یابد.

اختلالات صدا

لارنگکتومی، برداشتن لارنکس توسط عمل جراحی (جعبه صدا) بدلیل ابتلا به سرطان تقریباً سالانه ۹۰۰۰ نفر را درگیر می‌نماید که البته بیشتر آنها افراد مسن می‌باشند. اغلب آنها می‌توانند صحبت کردن را با تکلم ازوفاژیال، با به کار بردن وسیله الکترونیکی یا با قرار دادن وسیله‌ای جهت تولید صدا که با عمل جراحی قرار می‌دهند را یاد بگیرد. انواع دیگری از بیماریها ممکن است موجب از دست دادن کامل یا قسمتی از صدا شوند. البته بسیاری از این مشکلات را می‌توان درمان نمود.

سایر مشکلات در برقراری ارتباط

بیماریهای مغزی که در نتیجه آن قوای فکری بطور پیشرونده از دست می‌رود ممکن است بر حافظه، آگاهی بر زمان، مکان و افراد و نظم دادن به فرآیند تفکر، تأثیر گذارد. این بیماریها ممکن است سبب کاهش توانایی در برقراری ارتباط شوند.

مشکلات شنوایی

تخمین زده می‌شود که تقریباً از حدود ۲۷ میلیون آمریکایی با سن بالای ۶۵ سال، ۵۰٪ آنها از مشکلات شنوایی رنج می‌برند. مشاهده کاهش شنوایی قسمتی از مرحله سالمندی است که «پیرگوشی»[2] نامیده می‌شود. بسیاری از افراد با مشکل پیرگوشی مسئله خود را اختلال در شنیدن آنچه دیگران می‌گویند توصیف می‌نمایند. لیکن قادر به درک آنچه در آغاز گفته می‌شوند نیستند. این شرایط می‌تواند فرد را به کناره‌گیری از تعامل با افراد در تمامی مواقع هدایت نماید. خانواده و دوستان ممکن است گیج شوند و تصور کنند شخص دارای بیماری فراموشی یا اختلالات ناشی از سالمندی شده است. برای افراد سالمند با کاهش شنوایی، سمعک اغلب می‌تواند برقراری ارتباط را اصلاح نماید.

ارتباط کلامی معیوب

توانایی برقراری ارتباط یکی از مهمترین خصوصیات انسان‌هاست ارتباط انسانها جهت یادگیری کارکردن و تعاملات اجتماعی بسیار ضروری است ارتباط معیوب می‌تواند بر هر جنبه از زندگی انسان تاثیر بگذارد. ارتباط کلامی معیوب یک تشخیص پرستاری است که مصوب انجمن تشخیص پرستاری آمریکای شمالی می‌باشد. تعریف مشخصه‌های تعریف کننده و عوامل مرتبط به آن در ذیل آورده شده است. براساس این تعریف ارتباط کلامی معیوب حالتی است که شخص احساس کاهش یا عدم توانایی برای استفاده یا فهم زبان در روابط انسانی می‌کند (توجه کنید به مثال‌هایی از انجمن تشخیص پرستاری آمریکای شمالی) اختلالات گفتاری، زبانی و شنوایی که اغلب بر افراد بالغ سالمند تاثیرگذار است (کادر ۴-۲۱). راهکارهایی را برای ارتباط با این بیماران با نیازهای خاص توصیف و پیشنهاد می‌نماید. عواملی که موجب از دست دادن شنوایی می‌شود شامل عفونتهای مزمن گوش، توارث، نقایص مادرزادی، مشکلات بهداشتی در خانه، بعضی داروهای خاص، ضربه سر، عفونتهای ویروسی یا باکتریایی، در معرض صدای بلند بودن، سالمندی و تومورها می‌باشد.

عواملی که باعث اختلالات گفتاری و زبانی هستند با از دست دادن شنوایی، فلج مغزی و سایر اختلالات عصبی و ماهیچه‌ای، ضربات شدید سر، سکته قلبی، بیماریهای ویروسی، عقب‌ماندگی ذهنی، بعضی داروهای خاص، اختلالات جسمی مانند شکاف لب یا کام، سوء استفاده یا بد استفاده کردن از صوت و ناکافی بودن الگوهای گفتاری و زبان مرتبط می‌باشند.

1- Dysarthria 2- Presbucusis

کادر ۴ـ۲۱. برقراری ارتباط با بیماران با نیازهای ویژه

بیمارانی که دچار مشکلات بینایی می‌باشند:

- حضور خود را در اتاق مددجو اعلام نمایید.
- خودتان را با اسم معرفی نمایید .
- به خاطر داشته باشید که بیماران که دچار مشکلات بینایی هستند قادر به درک بسیاری از اشارات غیر کلامی هنگام برقراری ارتباط نمی‌باشند با آنها با یک تون و صدای طبیعی صحبت نمایید.
- قبل از آن که بیمار را لمس نمایید، دلیل آن را برای وی توضیح دهید.
- هنگام اختتام گفتگو و هنگامی که اتاق را ترک می‌نمایید به بیمار اطلاع دهید.
- یک چراغ یا زنگ اخبار را که به آسانی در دسترس بیمار قرار می‌گیرد در اختیار او بگذارید.
- بیمار را با صداهای محیط و ترتیب قرارگرفتن وسایل در اتاق آشنا نمایید.
- از تمیز بودن شیشه عینک و یا بدون عیب بودن و قرار داشتن در جای مناسب لنزهای اطمینان حاصل نمایید.

بیمارانی که دچار مشکلات شنوایی می‌باشند:

- قبل از گفتگوی اولیه حضور خودتان را به بیمار اعلام نمایید. این عمل ممکن است بوسیله لمس آهسته بیمار یا حرکت کردن به نحوی که بتوانید دیده شوید باشد.
- مستقیماً در حالی که روبروی بیمار هستید با او صحبت نمایید. اگر بیمار قادر به لب خوانی است از جملات ساده استفاده نمایید و آرام و با روش و سرعت طبیعی صحبت نمایید به ارتباط غیر کلامی نیز توجه داشته باشید.
- اگر تمایل دارید عقیده‌تان را به‌خوبی بیان کنید از نمایش دادن یا پانتومیم استفاده نمایید.
- در صورت امکان از زبان اشاره یا هجی‌کردن انگشتان به نحو مناسب استفاده نمایید.
- هر عقیده‌ای را که نمی‌توانید به بیمار به روش دیگری انتقال دهید آن را بنویسید.
- اطمینان حاصل نمایید که وسیله کمک شنوایی تمیز بوده و عملکردهای مناسبی دارد.

بیماران با موانع فیزیکی:

لارنگوکتومی یا اندوتراکیال تیوب

- یک یا تعداد بیشتری از وسایل ارتباطی ساده که بیمار از نظر جسمی قادر به استفاده از آن باشد را انتخاب کنید. جهت برقراری ارتباط به معنای بله یا خیر، علامت دادن با چشم یا فشردن دست، نوشتن یادداشتهای تخته‌های برقراری ارتباط با کلمات، نامه‌ها یا عکسها، کارتهای تقویت حافظه، زبان اشاره را انتخاب نمایید.
- از این که تمامی افراد اعم از خانواده، دوستان و مراقبت‌کنندگان که با مددجو ارتباط برقرار می‌نمایند قادرند شیوهٔ برقراری ارتباط انتخاب شده را درک کرده و به کار ببرند اطمینان حاصل نمایید.
- جهت برقراری ارتباط مؤثر صبر و حوصله داشته و با دادن زمان مناسب به تقویت تلاشهای انجام شده توسط بیمار بپردازید.
- مطمئن باشید که بیمار بطور مؤثری طریقه کمک خواستن مانند فشار دادن زنگ اخبار را متوجه شده است.

بیماران که دچار اختلال در حیطه شناختی می‌باشند:

- تماس چشمی را جهت توجه بیمار ثابت و پایدار نگهدارید.
- جهت کسب اطلاعات مهم در یک مکان ساکت گفتگو نمایید تا کمترین امکان منحرف نمودن حواس برای بیمار ایجاد شود.
- ارتباط را ساده و واقعی حفظ نمایید آموزشها را به وظایف ساده تقسیم نموده و از توضیحات طولانی خودداری نمایید. از تلفظ نمودن یا واژه خلاصه استفاده نمایید. از عکس‌ها یا طرح‌ها در زمان مناسب استفاده کنید.
- در صورت امکان از سوالات باز استفاده ننمایید. سوال کنید آیا شلوار قهوه‌ای یا شلوار خاکستری را درخواست می‌نماید. اگر همچنان پاسخی دریافت نکردید، قبل از ادامه گفتگو، یک فرصت استراحت بدهید تا نه شما و نه بیمار احساس بیهوده بودن گفتگو را ننمایید.

یک بیمار بیهوش:

- مراقب آنچه در حضور بیمار می‌گویید باشید. اعتقاد بر این است که شنوایی آخرین حسی است که از دست می‌رود. بنابراین بیمار بیهوش اغلب می‌تواند بشنود، حتی اگر ظاهراً واکنش نشان ندهد.
- فرض را بر این بگذارید که بیمار قادر است حرفهای شما را بشنود با یک تن صدای طبیعی درباره آنچه معمولاً بحث می‌کنید صحبت نمایید.
- قبل از لمس نمودن بیمار با او صحبت نمایید. به خاطر داشته باشید لمس نمودن می‌تواند روش مؤثری جهت برقراری ارتباط با بیمار بیهوش باشد.
- صدای محیط را تا حد امکان کاهش دهید. این امر باعث می‌شود تا تمرکز بیمار به برقراری ارتباط معطوف شود.

بیمارانی که نمی‌توانند به زبان انگلیسی صحبت نمایند:

- در موقع لزوم از یک مترجم استفاده نمایید.
- از یک لغت‌نامه جهت ترجمه کلمات از یک زبان به زبان دیگر استفاده نمایید. بدین‌ترتیب شما می‌توانید حداقل با بعضی کلمات به زبان بیمار صحبت نمایید.
- با جملات ساده و یک تون صدای معمولی صحبت کنید.
- در صورت امکان بوسیله پانتومیم عقایدی را که تمایل دارید انتقال دهید.
- به برقراری ارتباط غیر کلامی توجه داشته باشید. به یاد داشته باشید که بعضی از روشهای برقراری ارتباط غیر کلامی کلیت دارند.

ممکن است برای ایروتیارزلسینکی خانم سالمندی که با تشخیص پنومونی بستری شده نیاز باشد پرستار دلایل و میزان کاهش شنوایی و بعضی درمانها یا آزمایشاتی که برای اداره مشکل بیمار استفاده می‌شود را بررسی نماید. پرستار همچنین نیاز است که اطلاعات اضافی درباره گیجی بیمار و زمینه فرهنگی او جمع‌آوری نماید. بر اساس این اطلاعات پرستار قادر خواهد بود برنامه مراقبتی را بر اساس نیازهای خانم رزلسینکی را توسعه دهد.

پرستاری که به وجود یک مشکل گفتاری، زبانی یا شنوایی مشکوک است، بیمار را به یک پاتولوژیست گفتاری ـ زبانی یا شنوایی سنج ارجاع می‌دهد. پاتولوژیست زبانی ـ گفتاری در رابطه با روابط انسانی، گسترش و اختلالات آن به شکل حرفه‌ای مطالعه و تحصیل کرده است. شنوایی سنج در مطالعه شنوایی طبیعی و آسیب دیده به صورت حرفه‌ای مطالعه و تحصیل نموده است.

■ تمرینات تفکر انتقادی

۱ـ در مورد کلاس خود مانند یک گروه فکر کنید و چگونگی عملکرد مؤثر کلمات گروهی خود را (نسبتاً خوب، متوسط، خوب، استثنایی) ارزیابی نمایید. عوامل مثبت و منفی که بر نتیجه شما اثر دارد را مشخص نمایید با همکلاسانتان در مورد موافقت یا عدم موافقت در خصوص ارزشیابی خود صحبت نمایید. در مورد چگونگی مقایسه کلاس خود با کلاسهای دیگر بحث نمایید. شما چه نقشهایی را در گروه کلاستان ایفا نموده‌اید؟ آیا دیگران با ارزیابی شما از خودتان موافق هستند؟

۲ـ با سایر دانشجویان کار کنید سعی کنید بدون استفاده از هر ساختار ارتباط کلامی مطالب ذیل را بیان نمایید:

- من درد دارم
- من واقعاً به خوب بودن شما علاقمند هستم
- من نمی‌توانم از شما کم مراقبت نمایم زیرا شما بیمار من هستید و من آرزو می‌کردم جای دیگری نبودم، اینجا بودم و از شما مراقبت می‌کردم
- از این که شما به من صدمه وارد کنید ترسیده‌ام

سعی کنید در قالب کلمات بیان نمایید که چگونه این تمرین می‌تواند در خصوص اهمیت دادن به ارتباط غیر کلامی به شما تعلیم دهد. توضیح دهید که چگونه این مفهوم می‌تواند بر اعمال پرستاری شما تأثیر بگذارد.

۳ـ گفتگو نمودن هم هنر و هم یک ابزار اصلی در پرستاری است اگر هنگامی که برای هرکدام از بیماران ذیل کاری انجام می‌دهید مدت ۳۰ دقیقه وقت صرف نمایید به شما اجازه خواهند داد که با آنها ارتباط برقرار نمایید در مورد چه چیزی صحبت می‌کنید (گفتگو نمودن) و چرا؟ جوابهای خود را با سایر دانشجویان مقایسه کنید و پیگیری نمایید که مکالمه شما چه چیزی را به بیماران شما ابلاغ خواهد کرد.

- یک فرد بالغ سالمند، به تازگی در یک خانه سالمندان پذیرفته شده است.
- یک مرد ۳۳ ساله که از ابتلا به سندرم اکتسابی نقص سیستم ایمنی (ایدز) به تازگی مطلع شده است.
- یک فرد ۴۵ ساله که بدنبال تصادف با موتور سیکلت دچار قطع عضو شده و به مدت ۳ هفته در بیمارستان جهت بازتوانی بستری شده است.
- یک خانم ۱۹ ساله که به صورت الکتیو سقط جنین نموده و در واحد ریکاوری می‌باشد.
- یک فرد بیهوش که در بخش مراقبت‌های ویژه می‌باشد.

۴ـ یک پرستار باتجربه ناراحتی شما را پس از ترک نمودن اتاق، بیماری که به خانواده‌اش گفته بود سرطان او برگشته و در یک مرحله پیشرفت می‌باشد را مشاهده نمود. او به شما می‌گوید اگر می‌خواهید پرستار بمانید باید محکم باشید. او شما را راهنمایی می‌کند که نباید تحت تأثیر هیجانات بیماران و خانواده‌شان قرار بگیرید: «مثل یک صخره باش». عکس‌العمل شما در مقابل پرستار چیست و چرا؟ ارزشها چه هستند؟ اگر هیچ‌چیز آیا باید همدلی کرد؟

■ تمرین برای NCLEX

۱ـ شما پرستار مسئول شیفت عصر هستید. در طی رانـد بخش صدای فریاد بلند تکنسین مراقبت کننده از بیمار را می‌شنوید که می‌خواهد بیمار را از تخت به صندلی منتقل نماید. هنگامی که وارد اتاق می‌شوید بهترین پاسخ شما کدام است؟

الف) شما لازم است که با بیمار آرام صحبت کنید. شما بیمار را مضطرب می‌کنید.

ب) اجازه بدهید برای انتقال به شما کمک کنم.

ج) هنگامی که کارتان به پایان رسید مطمئن شوید که از این بی ادبی عذرخواهی نموده است.

د) هنگامی که بیمار شما احساس راحتی و امنیت نمود مرا پشت میز کارم ملاقات کنید.

۲ـ پرستار بهداشت جامعه عازم منزل مادر جوانی است که نیازهای خاصی در مورد کودکش دارد. همسایه‌اش بیان نمود به دلیل این که پدر کودک در کارها کمک نمی‌کند، او چکار باید بکند؟ بهترین پاسخ پرستار به همسایه این است که:

الف) مادر جدید نیاز به حمایت دارد

ب) فقدان پدر سخت است

ج) امروز چطور هستی

د) این شرایط بسیار غم‌انگیزی است

۳ـ یک بچه ۳ ساله بدلیل استفراغ و اسهال و دهیدریشن در

بخش بستری شده است. در طی مصاحبه بد و پذیرش، پرستار باید کدامیک از تکنیکهای ارتباطی زیر را جهت کسب اطلاعات بیشتر از والدین انجام دهد؟

الف) استفاده از جملاتی که دلالت بر خوب بودن بیمار داشته باشد.
ب) استفاده از سؤالاتی که کلمه چرا در آن وجود داشته باشد.
ج) استفاده از سؤالات راهنمایی کننده و سؤالاتی که جواب بلی یا خیر دارد.
د) استفاده از سؤالاتی که مستقیم و روشن کننده باشد.

۴ـ پرستار جهت کنترل سرم و مانیتورینگ قلبی وارد اتاق بیمار می‌شود. بیمار بیان می‌دارد: خوب، من شما را قبلاً ندیده‌ام، شما کی هستید؟ بهترین پاسخ پرستار کدام است:

الف) من فقط مسئول چک کردن درمان وریدی شما هستم، و خط وریدی شما را کنترل می‌کنم.
ب) من به این بخش فرستاده شده‌ام و از شما مراقبت خواهم نمود.
ج) معذرت می‌خواهم من جان اسمیت هستم من مسئول خط وریدی شما هستم.
د) نام من جان اسمیت است من تا ساعت ۱۱ بعد از ظهر از شما مراقبت خواهم نمود.

۵ـ پرستار وارد اتاق بیماری می‌شود که مبتلا به سرطان است. او گریه می‌کند و می‌گوید «من خیلی تنها هستم» از جملات زیر کدامیک بیشتر جنبه درمانی دارد؟

الف) پرستار کنار تخت بیمار می‌ایستد و می‌گوید «من احساس شما را درک می‌کنم مادرم هنگامی که بیمار بود همین حرفها را می‌زد»
ب) پرستار دستش را روی بازوی بیمار قرار می‌دهد و بیان می‌دارد «شما خیلی احساس تنهایی می‌کنید»
ج) پرستار در اتاق بیمار می‌ایستد و می‌پرسد «چرا آنقدر احساس تنهایی می‌کنی؟» همسرتان هر روز به اینجا می‌آید»
د) پرستار دست بیمار را می‌گیرد و می‌پرسد: «چه چیزی باعث شده که این قدر احساس تنهایی کنی؟»

۶ـ در طی آموزشهای زمان ترخیص پرستار باید:

الف) میزان پیشرفت بیمار را بر اساس اهداف تثبیت شده تعیین نماید.
ب) هنگام دادن داروی بیمار آن را مشخص نماید.
ج) پیشرفت آموزش را به پرسنل گزارش دهد.
د) تمامی اعضاء خانواده را در برنامه آموزش دخیل نماید.

۷ـ دانشجوی پرستاری در مورد کاری که باید در بالین انجام دهد نگران است. جهت کاهش اضطراب و موفقیت در انجام مراقبتها مهم است برای او:

الف) اهداف ثابت مؤسسه مشخص شود.
ب) اطمینان حاصل نمایید که ارتباطات کلامی و غیر کلامی موفقیت‌آمیز بوده است.
ج) صحبت کردن با خود در برنامه روزانه کاهش ترسهایش
د) با سایر دانشجویان درباره احساساتشان صحبت کنند.

۸ـ پرستار بخش بازتوانی به سرپرستار می‌گوید من احتیاج به یک روز تعطیلی داشتم اما شما به من ندادید؟ سرپرستار می‌گوید «خوب من نمی‌دانستم که شما احتیاج به تعطیلی دارید». «البته تا وقتی پرسنل ناکافی است برایم مقدور نمی‌باشد». در عمل در ارسال این پیام کدامیک از جملات جهت تأثیر بیشتر باید مورد توجه قرار گیرد؟

الف) آقای تایلور درخواست تعطیلی را برای ۸ آگوست گذاشته‌ام اما من آنروز سر کار هستم و وقت دکتر هم دارم.
ب) آقای تایلور من دوست دارم که درباره برنامه‌ام با شما صحبت نمایم من روز ۸ آگوست وقت دکتر دارم و تعطیلی می‌خواهم آیا می‌توانم یک وقت بگیرم؟
ج) آقای تایلور من احتیاج دارم ۸ آگوست تلفن بزنم زیرا وقت دکتر دارم.
د) آقای تایلور اگر شما به من ۸ آگوست را تعطیلی ندهید آیا می‌توانم کسی را پیدا کنم که به جای من کار کند؟

۹ـ در مدت تعویض شیفت پرسنل پرستاری، پرستاران می‌خواهند علایم حیاتی را در مدت ۱۵ دقیقه با اطمینان کنترل، ثبت و چارت نمایند یکی از مثالهای زیر بر این ارزیابی دلالت دارد:

الف) تصمیم‌گیری گروهی ب) رهبری گروهی
ج) عینیت گروه د) الگوهای تعامل گروهی

۱۰ـ بیمار با واکر به طرف حمام در حال قدم زدن است و ادا درآوردن او با صورت جلب توجه می‌کند. این مهم است که پرستار بیمار را بررسی کند برای:

الف) درد ب) اضطراب
ج) افسردگی د) کاهش حجم مایعات

۱۱ـ دانشجوی پرستاری در حال آماده شدن برای انجام مراقبت‌های صبح از بیمار است. مهمترین سوالی که دانشجوی پرستاری باید از بیمار بپرسد:

الف) ترجیح می‌دهید حمام کنید یا دوش بگیرید.
ب) می‌خواهید الان در انجام حمام در تخت به شما کمک کنم یا کمی دیرتر در روز این کار را انجام می‌دهید؟
ج) من شما را حمام خواهم نمود آیا از صابون یا ژل حمام استفاده می‌کنید؟

د) من ترجیح می‌دهم عصر دوش بگیرم، چه زمانی دوست دارید حمام کنید؟

۱۲ـ پرستار آموزشهایی را راجع به تعویض کیسه کلستومی برای بیمار آماده می‌نماید. در حین آموزش او می‌پرسد چه چیزهایی را به دلیل تولید گاز نخورم؟ سوالی که بیمار پرسیده اجازه می‌دهد که:

الف) یک پاسخ بسته بدهد ب) طبقه‌بندی اطلاعات
ج) پرستار توصیه نماید د) جواب بلی یا خیر

۱۳ـ هنگام برقراری تعامل با بیمار پرستار می‌پرسد: من مطمئن هستم که همه چیز به خوبی پیش می‌رود. مشکلی وجود ندارد که شما را نگران کند. این مثالی از روش نامناسب برقراری ارتباط که تحت عنوان ــــ شناخته می‌شود:

الف) کلیشه ب) پند و اندرز دادن
ج) قضاوت کردن د) موضوع را تغییر دادن

۱۴ـ مرد سالمند ۷۶ ساله‌ای ابراز می‌دارد: من عوارض بیماری دیابت را تجربه کرده‌ام. پرستار لازم است که به طور مستقیم اطلاعات بیشتری کسب نماید. مناسب‌ترین عبارت یا سوال جهت کسب اطلاعات بیشتر کدام است؟

الف) آیا شما دوبار تزریق انسولین را جهت کاهش عوارض انجام می‌دهید؟
ب) بسیاری از متخصصین رعایت رژیم غذایی و ورزش را جهت تنظیم قند خون توصیه می‌نمایند.
ج) بسیاری از عوارض دیابت در ارتباط با نروپاتی‌های ایجاد شده است.
د) چه عوارض خاصی را تجربه نموده‌اید؟

۱۵ـ به هنگام تعامل با خانواده بیماران بسیار بدحال، پرستار از تکنیک برقراری ارتباط سکوت استفاده می‌نماید این روش به خانواده بیمار کمک می‌کند که:

الف) با بیمار ارتباط برقرار نمایند.
ب) طرح‌ریزی برنامه ترخیص را انجام دهند.
ج) افکارشان را سازمان‌دهی نمایند.
د) اضطراب را کاهش دهند.



پاسخنامه با دلایل

۱ـ **پاسخ صحیح گزینه «د» است.** پرستار مسئول باید مستقیماً بر روشهای مراقبتی جهت مشخص نمودن امنیت بیماران نظارت داشته باشد. این مسئله بسیار مهم است که پرستار تکنسین‌های مراقبت کننده از بیماران را مستقیماً از جنبه‌های برقراری ارتباط درمانی تحت نظارت داشته باشد.

۲ـ **پاسخ صحیح گزینه «الف» است.** این مهم است که پرستار به هنگام ارایه مراقبتها محرم اسرار باشد. جمله مادر جدید نیاز به حمایت دارد یک جمله عمومی است و تمامی پدر و مادران جدید نیاز به کمک دارند این جمله در مورد نقشهای خانواده قضاوت نمی‌کند.

۳ـ **پاسخ صحیح گزینه «د» است.** جمله مستقیم و واضح و روشن، پرستار را جهت بدست آوردن اطلاعات کافی یاری می‌نماید.

۴ـ **پاسخ صحیح گزینه «د» است.** پرستار ممکن است خودش را معرفی کند و مطمئن شود بیمار آنچه می‌خواهد اتفاق بیفتد و مدت زمانی که با خانواده‌اش خواهد بود را می‌داند.

۵ـ **پاسخ صحیح گزینه «د» است.** استفاده از لمس درمانی نشاندهنده مورد قبول بودن است و انجام سوال باز ـ بسته به بیمار اجازه می‌دهد که آزادانه صحبت نماید.

۶ـ **پاسخ صحیح گزینه «الف» است.** در یک ارتباط درمانی مرحله برنامه‌ریزی برای ترخیص با مرحله اختتام هماهنگی دارد. نکته حائز اهمیت این که پرستار ساختار پیشرفت جهت دستیابی به اهداف در ارتباط با برنامه مراقبتی بیماران را مشخص می‌نماید.

۷ـ **پاسخ صحیح گزینه «ج» است.** با آغاز صحبت کردن با خود یا برقراری ارتباط درون فردی دانشجویان پرستاری می‌توانند با برنامه‌ریزی برای روز خود و بیشتر نمودن برنامه‌های کلینیکی‌شان اضطراب و ترسشان را کاهش دهند.

۸ـ **پاسخ صحیح گزینه «ب» است.** از زمان برقراری ارتباط مؤثر فرستنده پیام با احترام گذاشتن به گیرنده ارتباط تهدید کننده نداشته باشد پرستار باید موضوع ملاقات را تعیین نماید و مطمئن باشد بر روی زمان و موضوع موافقت وجود دارد.

۹ـ **پاسخ صحیح گزینه «ج» است.** تعیین این که پرسنل یک وظیفه‌ای را در یک زمان تکمیل می‌کنند و تمام اعضاء موافق اهمیت این وظیفه هستند از خصیصه‌های ذاتی هویت گروهی است.

۱۰ـ **پاسخ صحیح گزینه «الف» است.** بیمار در حین راه رفتن با واکر ارتباط غیر کلامی ادا در آوردن با صورت را که بسیار احتمال دارد نشاندهنده تجربه درد باشد را نشان می‌دهد. بسیار حائز اهمیت است که پرستار این رفتار غیر کلامی را به وضوح مشخص نماید.

۱۱ـ **پاسخ صحیح گزینه «ب» است.** بسیار اهمیت دارد که پرستار از بیمار جهت کمک در حمام کردن اجازه بگیرد. این نکته اجازه می‌دهد که کمک کردن به بیمار در برنامه‌های

مراقبتی با رضایت انجام و قلمرو خصوصی بیمار مورد تجاوز قرار نگیرد.

۱۲ـ پاسخ صحیح گزینه «ب» است. سوال بیمار اجازه می‌دهد که پرستار اطلاعاتی که برای بیمار جدید بوده و نیاز به توضیح بیشتری دارند را در نظر بگیرد.

۱۳ـ پاسخ صحیح گزینه «الف» است. گفتن این جمله به بیمار که همه چیز درست یا روبراه است یک کلیشه می‌باشد. استفاده از این جمله اطمینان کاذب به مریض می‌دهد. استفاده از کلیشه‌ها سبب ایجاد این احساس در بیمار می‌گردد که به پرستار توجهی به شرایط واقعی من ندارد.

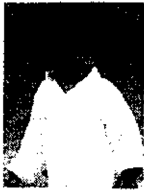
۱۴ـ پاسخ صحیح گزینه «د» است. درخواست اطلاعات اختصاصی را جهت راهنمایی پرستار در طرح سوالات و تکنیک ارزیابی اختصاصی در مصاحبه مشخص خواهد نمود.

۱۵ـ پاسخ صحیح گزینه «ج» است. سکوت اجازه می‌دهد خانواده افکارشان را سازماندهی کرده و هرگونه سوال خاص جهت درک مراقبت بیماران را گسترش دهند.

فصل ۲۴

علایم حیاتی

نیره براهیمی



نوا شولین (Noah shoolin) که دو سال سن دارد و توسط مادرش به بخش اورژانس مراجعه نموده، هنگامی که پرستار سعی داشت دمای بدن او را از راه گوش میانی بگیرد شروع به جیغ و داد، گریه و بیرون کشیدن وسیله از گوش خود نمود بطوری که قابل کنترل نبود.



دورتا رنفرو (Doretha Renferow) همسر ۶۵ سالهٔ خود را که مبتلا به پرفشاری خون می‌باشد جهت بررسی به درمانگاه آورد. او ۵'۱۰ پوند وزن دارد و چاق است. خانم رنفرو اظهار می‌دارد: من واقعاً دوست دارم که چگونه فشار خون همسرم را کنترل کنم تا بتوانم پیشرفت وی را پیگیری کنم. آیا می‌توانید نحوهٔ انجام آن را به من بیاموزید؟



توماس اسپوزیتو (Tomas Esposito) که مرد میانسالی است در بیمارستان پذیرش گردیده است. او بدلیل اقدامات تخصصی مربوط به کنترل عفونت و نیاز به داشتن پرستاری که هر زمان وارد اطاق می‌شود از گان و دستکش، استفاده نماید در یک اطاق خصوصی بستری شده است. یک بررسی و شناخت صبحگاهی شامل بررسی علایم حیاتی برای او ضروری است.

❖ توجه به مهارت‌های تلفیقی

انواع مهارت‌های تلفیقی مورد نیاز برای پاسخگویی به نمونه‌های مطرح شده در این فصل عبارتند از:

مهارت‌های شناختی

- دانش کافی در زمینهٔ آناتومی و فیزیولوژی جهت کنترل علایم حیاتی و اهمیت یافته‌های طبیعی و غیر طبیعی
- آگاهی از مسئولیت‌های پرستار در بررسی درجه حرارت بدن، نبض، تنفس و فشار خون
- آگاهی نسبت به نحوهٔ استفاده از وسایل اندازه‌گیری علایم حیاتی، متناسب با نیازهای شخصی بیماران (به عنوان مثال، اطلاع از بهترین روش برای اندازه‌گیری دمای بدن یک کودک دو ساله یا استفاده از بازوبند بزرگتر جهت گرفتن فشار خون مردی چاق به منظور دقت بیشتر در اندازه‌گیری).
- آگاهی از چگونگی ارائه آموزش به بیماران و مراقبت دهندگان آنها از میان اعضای خانواده، در رابطه با اندازه‌گیری علایم حیاتی و پاسخ نسبت به یافته‌های حائز اهمیت.
- قابلیت ادغام و در هم آمیختن عوامل مؤثر بر علایم حیاتی در یک طرح مراقبتی از بیمار
- قابلیت بکارگیری مهارت‌های تفکر پویا به منظور مداخلهٔ متناسب با موقعیت‌هایی نظیر ناراحتی و اضطراب بچهٔ نوپا، کنجکاوی و کنکاش یک دختر و اقدامات مربوط به کنترل عفونت در یک مرد میانسال.

مهارت‌های تکنیکی

- توانایی در استفادهٔ صحیح از تجهیزات لازم جهت بررسی وثبت علایم حیاتی
- قابلیت سازگاری با تخصص‌ها و فنون، متناسب با نیازهای بیماران نظیر بچهٔ نوپا و مرد چاق مبتلا به پرفشاری خون
- قابلیت تشخیص موانع و محدودیت‌ها و درخواست کمک به هنگام اجرای مهارت‌ها
- توانایی حفظ معیارهای کنترل عفونت به هنگام مواجهه با مشکلات در مراقبت از بیمار
- قابلیت هماهنگی کنترل زمان ومهارت‌های سازماندهی شده هنگام مراقبت از چند بیمار از جمله بیمار مبتلا به عفونت که بررسی علایم حیاتی در او ضروری است.

مهارت‌های بین فردی

- تقویت مهارت افراد به منظور برقراری ارتباطی مطمئن با کودکی نوپا، دختری در جستجوی اطلاعات و مرد میانسالی که تندخو و عصبی است و نیاز به اقدامات کنترل عفونت دارد.
- قابلیت برقراری ارتباط و تعامل مؤثر با بیماران و مراقبین آنها حین بررسی علایم حیاتی و آموزش به دیگران در مورد نحوهٔ دقیق بررسی علایم حیاتی
- اطمینان داشتن به قابلیت‌ها و کارآیی درون فردی خویش به منظور تعامل با سایر پرسنل مراقبت بهداشتی و مقابلهٔ مناسب با افراد نیازمند به کمک
- توانمندی در احترام گذاشتن به شأن و منزلت شخص بیمار در تمام طول مراقبت از بیمار

مهارت‌های قانونی و اخلاقی

- تعهد در قبال کیفیت و ایمنی مراقبت پرستاری
- احساس قوی مسئولیت و پاسخگویی به مسائل
- قابلیت فائق آمدن بر ناراحتی و تردید درونی خود نسبت به توانایی شنیدن صداهای قلب و ریه و ارجحیت دادن به بررسی و شناخت دقیق و صحیح بیمار
- آگاهی داشتن از اصول قانونی و اخلاقی در مورد بررسی و ثبت علایم حیاتی بیماران در سنین مختلف و با نیازهای متفاوت
- قابلیت ثبت یافته‌های مربوط به درجهٔ حرارت بدن، نبض، تنفس و فشار خون مطابق با خط مشی داخلی مؤسسه

❖ برآیندهای یادگیری

پس از تکمیل این فصل، فراگیر باید قادر باشد به موارد زیر دست یابد:

۱ـ فرایندهای فیزیولوژیکی مربوط به تنظیم ثبات درجه حرارت نبض، تنفس و فشار خون را توضیح دهد.
۲ـ عوامل افزایش دهنده و کاهش دهندهٔ دمای بدن، نبض، تنفس و فشار خون را شرح دهد.
۳ـ محل‌های بررسی درجه حرارت، نبض و فشار خون را مشخص نماید.
۴ـ نبض، تنفس و فشار خون را بطور دقیق بررسی نماید.
۵ـ دامنهٔ طبیعی درجه حرارت، نبض، تنفس و فشار خون را بداند.
۶ـ در مورد نحوه کنترل درجه حرارت بدن، نبض و فشار خون بیماران در منزل اطلاعاتی جمع‌آوری نماید.

واژه‌های کلیدی

● نداشتن تب	afebrile	● صداهای کوروتکف	Korotkoff sounds
● قطع تنفس	apnea	● ارتوپنه	orthopnea
● فشار خون	blood pressure	● فشار وضعیتی	orthostatic hypotension
● کندی ضربان قلب	bradycardia	● نبض	pulse
● فشار دیاستول	diastolic pressure	● کسر نبض	pulse deficit
● تنگی نفس	dyspnea	● فشار نبض	pulse pressure
● اختلال ریتم	dysrhythmia	● تب (پایرکسی)	pyrexia
● تنفس طبیعی	eupnea	● تنفس	respiration
● تب (فِور)	febrile	● فشار سیستول	systolic pressure
● پر فشاری خون	hypertension	● تندی ضربان قلب	tachypnea
● کم فشاری خون	hypotension	● تندی تنفس	tachypnea
● افزایش دما	hyperthermia	● درجهٔ حرارت	temperature
● کاهش دما	hypothermia	● علایم حیاتی	vital signs

علایم حیاتی شامل درجهٔ حرارت، نبض، تنفس و فشار خون فرد است (که به اختصار T[1]، P[2]، R[3] و BP[4] خوانده می‌شود). وضعیت سلامت فرد، منعکس کنندهٔ این نشانه‌های عملکردی بدن است که معمولاً از طریق مکانیزم‌های هموستاتیک و برخی دامنه‌های بهنجار تنظیم می‌شود. هرگونه تغییر در علایم حیاتی می‌تواند نشانهٔ تغییر در وضعیت سلامت باشد.

بررسی علایم حیاتی در هر مرکز درمانی، بخشی از مراقبت‌های پرستاری به شمار می‌آید. خط مشی هر مؤسسه و سازمان، زمان و تعداد دفعات اندازه‌گیری علایم حیاتی را بطور روتین تعیین می‌کند. در بیماران بستری در بیمارستان که دمای بدن آنان بالا است و مبتلا به پرفشاری یا کم فشاری خون هستند و یا ریتم و تعداد نبض در آنها متغیر و تنفس به سختی انجام می‌شود، یا بیمارانی که از داروهای مؤثر بر عملکرد سیستم قلبی ـ عروقی یا تنفسی استفاده می‌کنند، همچنین بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند، علایم حیاتی حداقل هر ۴ ساعت یک بار کنترل می‌شود. بررسی علایم حیاتی در افرادی که شدیداً بیمارند با دفعات بیشتر انجام می‌شود. در بخش‌های مراقبت ویژه، برای کنترل مداوم علایم حیاتی بیمار، از وسایل پیشرفته استفاده می‌گردد در منزل و در بعضی بخش‌های روانی و در موارد مراقبت از خود تعداد دفعات کنترل علایم حیاتی بر اساس قضاوت و نظر پرستار صورت می‌گیرد.

هرچند بررسی علایم حیاتی ممکن است به سایر پرسنل مراقبت بهداشتی محول گردد، اما پرستار مسئولیت دارد تا از دقیق بودن داده‌های بدست آمده اطمینان حاصل نماید و یافته‌های غیر طبیعی را گزارش کند (به تمرین نشان داده شده در کادر رجوع نمائید). در صورتی که بیمار دارای نشانه‌های غیر منتظره (نظیر درد قفسه سینه یا سرگیجه) بوده یا تغییرات پیش‌بینی نشده‌ای در علایم حیاتی وی پدید آمده باشد، پرستار باید دوباره یافته‌ها را کنترل نماید و وضعیت بیمار را تحت بررسی بیشتر قرار دهد.

آیا توماس اسپوزیتو را بخاطر می‌آورید که بررسی مقدماتی مورد نیاز در رابطه با وی در تمرین تفکر پویا مطرح شده است؟ ضعف پرستار در شنیدن صداهای ریوی و قلبی مهمترین یافته‌ای بود که نیاز به بررسی بیشتر داشت. پرستار به ارزیابی این یافته‌ها به همراه علایم حیاتی بیمار نیاز داشت.

پرستار باید با تغییرات طبیعی علایم حیاتی بر حسب سن آشنا باشد (جدول ۱ـ۲۴).

علایم حیاتی با معیارهای متعارف مورد قبول و الگوهای معمولی بیمار در موارد مختلف، از جمله حین غربالگری بیماران در درمانگاهها و مراکز بهداشتی، در خانه، پذیرش در مراکز بهداشتی درمانی، هنگام دادن بعضی داروهای مشخص، قبل و بعد از عمل جراحی و روش‌های تشخیصی در وضعیت‌های اورژانسی، کنترل و مقایسه می‌شود (کادر ۱ـ۲۴) پرستاران علایم

1- Tempreture
2- Pulse
3- Respiration
4- Blood Pressure

عملکرد توام با تفکر: به چالش فراخواندن مهارتهای اخلاقی و قانونی

دوهفته قبل در درمانگاه، من برای اولین بار چهار بیمار داشتم و سرم خیلی شلوغ بود. یکی از بیمارانم، «توماس اسپوزیتو» بود که به اقدامات تخصصی کنترل عفونت نیاز داشت، بنابراین هر وقت وارد اطاق او می‌شدم، دستکش و گان می‌پوشیدم. او صبح دیر از خواب بیدار شد و من هنوز بررسی کامل این بیمار، مثل کنترل علایم حیاتی را تکمیل نکرده بودم. به محض ورود به اطاق بیمار، متوجه شدم گوشی جدائی که معمولاً در اتاق‌های ایزوله قرار دارد در آنجا نیست. در نتیجه گان و دستکش‌ها را درآورده و از پرستار خواستم تا به من در پیدا کردن گوشی کمک کند. سرانجام پرستار گوشی ایزوله جدیدی بمن داد و آن را برای من گذاشت. متأسفانه این گوشی نیز از کیفیت خوبی برخوردار نبود. مجدداً به اتاق بیمار برگشتم و دستکش و گان جدیدی پوشیدم. در این موقع، آقای اسپوزیتو که بسیار عصبی بود از من خواست که سریعاً بررسی او را انجام دهم و او را ترک کنم. من تلاش کردم تا صداهای قلبی او را بشنوم اما نتوانستم. برای مدت چند دقیقه با گوشی ور رفتم و دوباره سعی کردم صداها را بشنوم اما باز هم نتوانستم صداهای قلبی و ریوی او را بشنوم. بیمار ادامه داد تا او را ترک کرده و تنها بگذارم. من اکنون دانشجوی سال چهارم پرستاری بودم و برای بررسی پایهٔ بیمار باید به خود تکیه می‌کردم. بنابراین بنظرم بسیار احمقانه بود که نزدمربی بروم و به او بگویم هیچ صدایی نمی‌شنوم. از نظر زمانی تحت فشار قرار داشتم و با تصمیمی بحرانی و مهم مواجه شده بودم.

تفکر پیرامون موضوع: انواع عملکردهای ممکن

- گان و دستکش‌ها را بیرون آورم و پرستار و مربی‌ام را آورده و به آنها بگویم من قادر به شنیدن صداهای قلبی و ریوی نیستم و از آنها کمک بگیرم.
- به پرستار توضیح دهم که مایل به همکاری نیست و از او بخواهم بررسی را بدون اینکه مربی‌ام بفهمد خود انجام دهد.
- همان طور که بیمار تقاضا کرده بود او را ترک کنم و وقت باارزشم را حفظ نمایم. سپس وانمود کنم که بررسی را تکمیل کرده‌ام و همان یافته‌هایی که در بررسی شیفت قبل بود چارت و ثبت نمایم.
- سعی کنم بررسی را با استفاده از گوشی خودم کامل نمایم و خطر انتقال عفونت بیمار را به سایر بیمارانم بپذیرم.

ارزیابی یک برایند خوب: موفقیت از نظر من چگونه تعریف می‌شود؟

- بیمار بالاترین کیفیت مراقبتی را دریافت کند.
- شرافت حرفه‌ای تمام اعضاء تیم مراقبت بهداشتی درگیر مسائل حفظ شود.
- تمام اطلاعات ثبت شده صحیح باشد.
- اصول اخلاقی و خانوادگی حفظ گردند.

یادگیری شخصی: پیش به سوی آینده!

خوشبختانه، وجدان و تمایل من مبنی بر این که همیشه از بیمارانم به بهترین نحو مراقبت کنم باعث شد تا تصمیمی درست اتخاذ نمایم. بنابراین دستکش و گان خود را درآورده و مربی و پرستار را پیدا کردم. به پرستار گفتم در شنیدن صداهای قلب و ریهٔ بیمار مشکل دارم. او فردی فهمیده بود به همین دلیل با من به اتاق آمد تا خود به سمع صداهای قلب و ریهٔ بیمار اقدام کند. پس از تحقیقات بیشتر فهمیدیم که مشکل از شکستن گوشی ناشی می‌شود. نه از عدم توانایی من در انجام بررسی و شناخت کامل بیمار. با بررسی بیمار توسط یک گوشی سالم، صدای ویزینگ را در بازدم بیمار تشخیص دادم و آن را ثبت کردم. این یافته نشانه‌ای بود که به من مراقبت دقیق‌تر از بیمار را گوشزد می‌کرد. پس از عدم تجربهٔ افزایش مشکلات تنفسی توسط آقای اسپوزیتو، سطح اکسیژن اشباع را برای وی پایین آورده و به حد ۸۰٪ رساندند. در نتیجه من بخوبی متوجه شدم زمانی که مراقبت از بیماری را در سرتاسر روز بر عهده دارم، بررسی و شناخت اولیهٔ وی تا چه حد می‌تواند حائز اهمیت باشد. خوشبختانه درسی که از این ماجرا گرفتم این بود که انجام دادن کار درست برای بیمار چقدر اهمیت دارد و این درس برای همیشه در ذهنم حک شد.

بازاندیشی

فکر می‌کنید در موقعیتی مشابه چگونه عمل خواهید کرد؟ چرا؟ این رویداد چه نکاتی را در مورد شما و کفایت مهارت هایتان جهت انجام عملکردهای تخصصی خاطرنشان می‌کند؟ می‌توانید به انواع واکنش‌های دیگری که در این رابطه وجود دارد فکر کنید؟ دانشجوی پرستاری برای جلوگیری از رفت و آمدهای مکرر به اتاق بیمار باید چه می‌کرد؟ برای تعیین عملکرد صحیح و مناسب گوشی چه کاری باید انجام می‌داد؟ فکر می‌کنید چگونه مدیریت زمان و مهارتهای سازمانی دانشجوی پرستاری می‌توانستند بر موقعیت تأثیر گذارند؟ در چنین موقعیت هایی چه مهارتهای دیگری اعم از شناختی، بین فردی، فنی و اخلاقی / قانونی برای پاسخدهی مناسب لازم هستند؟ دانشجوی پرستاری، برای پاسخدهی به این موقعیت کدامیک از اصول و ضوابط اخلاقی را رعایت کرد؟ در رابطه با تحریک‌پذیری و عصبانیت بیمار، چه پاسخهایی از سوی دانشجوی پرستاری مناسب بودند؟ آیا با معیارهای ارزیابی یک برآیند موفقیت‌آمیز موافق هستید؟ آیا دانشجوی پرستاری توانست این معیارها را تحقق بخشد؟ لطفاً شرح دهید.

حیاتی بیمار را هر چند مرتبه که وضعیت وی برای چنین بررسی اقتضا نماید، کنترل می‌کنند. در فصل حاضر، نحوهٔ بررسی هریک از علایم حیاتی و بحث در مورد یافته‌های طبیعی و غیر طبیعی ارائه می‌شود. جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد بررسی وضعیت سلامت به فصل ۲۵ رجوع نمائید.

جدول ۱ـ۲۴. تغییرات مربوط به سن در علایم حیاتی طبیعی

سن	درجه حرارت (°C)	نبض (ضربه/دقیقه)	تنفس (تنفس / دقیقه)	فشار خون (mmHg)
نوزاد	۳۶/۸ (زیر بغل)	۸۰ـ۱۸۰	۳۰ـ۸۰	۷۳/۵۵
۱ـ۳ سال	۳۷/۷ (مقعد)	۸۰ـ۱۴۰	۲۰ـ۴۰	۹۰/۵۵
۶ـ۸ سال	۳۷ (دهان)	۷۵ـ۱۲۰	۱۵ـ۲۵	۹۵/۷۵
۱۰ سال	۳۷ (دهان)	۷۵ـ۱۱۰	۱۵ـ۲۵	۱۰۲/۶۲
نوجوانان	۳۷ (دهان)	۶۰ـ۱۰۰	۱۵ـ۲۰	۱۰۲/۸۰
بزرگسالان	۳۷ (دهان)	۶۰ـ۱۰۰	۱۲ـ۲۰	۱۲۰/۸۰
بالای ۷۰ سال	۳۶ (دهان)	۶۰ـ۱۰۰	۱۵ـ۲۰	۱۲۰/۸۰ ممکن است معمولاً بیش از ۱۶۰/۹۵ باشد)

درجه حرارت

درجه حرارت بدن در واقع همان گرمای بدن است که بر حسب درجه اندازه‌گیری می‌شود. میزان درجه حرارت بدن نشان دهندهٔ اختلاف موجود میان گرمای تولید شده و گرمای هدر رفته می‌باشد. حرارت توسط فرایندهای متابولیکی در بافت‌های مرکزی بدن تولید می‌گردد و از طریق جریان خون به سطح پوست انتقال می‌یابد و سپس در محیط پخش می‌شود. درجه حرارت مرکزی بدن بطور طبیعی در دامنه‌ای از ۳۶°C (۹۷°F) تا ۳۷/۵°C (۹۹/۵°F) حفظ می‌شود. تفاوت‌های فردی در این درجه حرارت‌ها و نیز تغییرات طبیعی در طی روز با درجه حرارت‌های مرکزی بدن سبب می‌شود که کمترین میزان دما در صبح زود و بالاترین میزان دما در پایان بعد از ظهر در بدن ایجاد شود (پورت[1]، ۲۰۰۲).

درجه حرارت در قسمت‌های مختلف بدن متفاوت است. درجهٔ حرارت قسمت مرکزی بدن از درجهٔ حرارت مناطق سطحی بیشتر می‌باشد. درجه حرارت مرکزی بدن از طریق مقعد یا پردهٔ صماخ اندازه‌گیری می‌شود اما با استفاده از وسایل اندازه‌گیری تهاجمی، در مناطق دیگر همانند مری، شریان ریوی یا مثانه نیز می‌توان به سنجش دمای مرکزی پرداخت. درجه حرارت مناطق سطحی بدن از طریق دهان (زیر زبانی) یا زیر بغل سنجیده می‌شود.

فیزیولوژی دمای بدن

دمای مرکزی بدن شخص سالم، توسط مرکز تنظیم حرارت در هیپوتالاموس با دامنه‌ای نسبتاً ثابت حفظ می‌گردد. این مرکز پیامهائی را از گیرنده‌های حرارتی گرم و سرد که در سراسر بدن واقع گردیده و به نوبت پاسخ هائی را به تولید یا حفظ حرارت بدن یا افزایش اتلاف آن آغاز می‌کند، دریافت می‌دارد.

کادر ۱ـ۲۴. چه مواقعی باید به بررسی علایم حیاتی پرداخت؟

- هنگام پذیرش به هر مؤسسه یا سازمان مراقبت بهداشتی
- بر اساس خط مشی و رشوهای کاری هر مؤسسه یا سازمان
- هر وقت که در وضعیت بیمار تغییر ایجاد شود.
- هر وقت که کاهش هوشیاری وجود داشته باشد.
- قبل و بعد از هر عمل جراحی یا روش تشخیصی تهاجمی
- قبل و بعد از فعالیت که سبب افزایش خطر گردد مثل راه افتادن بعد از عمل جراحی
- قبل‌ازدادن داروهای که بر عملکرد قلبی ـ عروقی و ریوی تأثیر دارند.

تولید حرارت

منبع اصلی گرما و حرارت در بدن، سوخت و ساز یا متابولیسم است. گرمای تولید شده به عنوان یکی از فرآورده‌های جانبی سوخت و ساز، انرژی لازم برای فعالیت سلول‌ها را تولید می‌نماید. مکانیسم‌های مختلفی نظیر هورمون‌ها، حرکت عضلات و ورزش می‌توانند سبب افزایش سوخت و ساز در بدن شوند. اگر برای حفظ تعادل به گرمای اضافی نیاز باشد، اپی‌نفرین و نوراپی‌نفرین (انتقال دهنده‌های عصبی سمپاتیکی) آزاد شده و سوخت و ساز را به گونه‌ای تغییر می‌دهد که تولید انرژی کاهش یافته و تولید گرما افزایش یابد. هورمون تیروئید هم که توسط غده تیروئید ساخته می‌شود، می‌تواند میزان سوخت و ساز و در نتیجه تولید گرما را افزایش دهد. اما این عمل را در مدت زمان طولانی‌تری به انجام می‌رساند. لرز نیز پاسخی است که تولید گرما را افزایش می‌دهد. این پاسخ توسط هیپوتالاموس آغاز شده و منجربه لرزش عضلات می‌شود. انقباض عضلات حرکت دهندهٔ موهای پوست منجربه راست شدن موها و دانه‌دانه شدن پوست شده و در نتیجه با ایجاد کاهش اندازهٔ سطح، اتلاف حرارت را به حداقل می‌رساند. ورزش هم از طریق فعالیت عضلانی تولید گرما را افزایش می‌دهد.

1- Porth

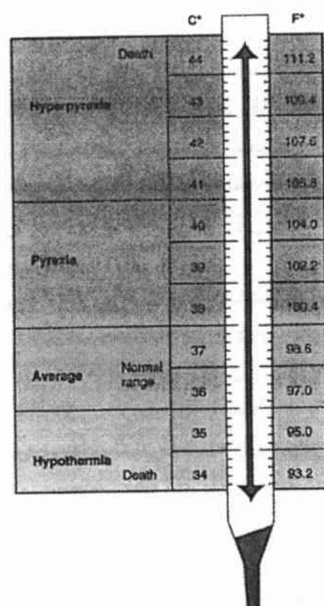
جدول ۲ـ۲۴. مکانیزم انتقال حرارت

	تشعشع	جابجائی	تبخیر	انتقال
تعریف	انتشار یا پخش حرارت توسط امواج الکترومغناطیسی	انتشار حرارت از طریق حرکت هوا در نواحی با دانسیتهٔ نابرابر	تبدیل مایع به بخار آب	انتقال حرارت از طریق تماس مستقیم با سایر مواد
مثال	بدن امواج حرارتی را از نواحی بدون پوشش دفع می‌کند.	جریان وزش هوای خنک پنکه در سطح گرم بدن	مایعات بدن به صورت عرق و دفع نامحسوس از طریق پوست تبخیر می‌شوند	انتقال حرارت بدن به کیف یخ که سبب ذوب شدن یخ می‌شود.
	Radiation	Convection	Evaporation	Conduction

اتلاف حرارت

پوست اولین ناحیهٔ اتلاف حرارت به شمار می‌آید. گردش خون گرمای قسمت‌های سطحی پوست را تأمین می‌کند. درست در زیر سطح پوست شریانچه‌ها و مویرگ‌های کوچک از طریق اتصالات ظریفی با هم ارتبا طدارند. این اتصالات که شانت‌های سرخرگی سیاهرگی[1] نامیده می‌شوند، یا می‌توانند باز باشندو گرما را به سطح پوست و در نتیجه محیط بیرون انتقال دهند یا بسته بوده و گرما را در داخل بدن حفظ نمایند. سیستم عصبی سمپاتیک در پاسخ به تغییرات درجه حرارت مرکزی بدن و درجه حرارت محیطی، باز و بسته شدن شانت‌ها را کنترل می‌کند (پورت، ۲۰۰۲).

راههای دیگر از دست دادن حرارت عبارتند از: تبخیر عرق، گرم و مرطوب بودن هوای استنشاق شده و دفع ادرار و مدفوع. گرما از طریق فرایندهای فیزیکی نظیر تشعشع[2]، جابجایی[3]، تبخیر[4] و انتقال[5] به محیط بیرون منتقل می‌شود. این فرایندها در جدول ۲ـ۲۴ توضیح داده شده و به تصویر کشیده شده‌اند.



شکل ۱ـ۲۴

تغییر درجه حرارت بدن

درجه حرارت بدن در سن مشخصی در محدودهٔ طبیعی قرار دارد و ممکن است بالاتر یا پایین‌تر از حد طبیعی نیز قرار گیرد. شکل ۱ـ۲۴ حدود معمول درجه حرارت بدن انسان را نشان می‌دهد.

عوامل مؤثر بر درجه حرارت بدن

عوامل گوناگون می‌توانند بر درجه حرارت بدن تأثیر گذارند. این عوامل عبارتند از: ریتم‌های ۲۴ ساعته، سن، جنس، تنیدگی و درجه حرارت محیط

1- arteriovenous shunt
2- Radiation
3- Convection
4- Evaporation
5- Conduction

ریتم‌های ۲۴ ساعته[1]

بسیاری از فرایندهای محیطی و فیزیولوژیکی طی چرخه‌های زمانی پیاپی بوقوع می‌پیوندند برخی وقایع که طی فواصل ۲۴ ساعته (یعنی تقریباً هر ۲۴ ساعت) در بدن تکرار می‌گردند، اصطلاحاً ریتم ۲۴ ساعت نامیده می‌شود. تغییرات قابل پیش‌بینی در مقادیر درجه حرارت بدن و فشار خون نمونه‌هائی هستند که عملکرد ریتم ۲۴ ساعته را نشان می‌دهند. به عنوان مثال درجه حرارت بدن در اوایل صبح نسبت به بعد از ظهر یا اوایل غروب حدود (۱ـ۲°F) ۰/۶°C پایین‌تر می‌باشد. میزان این تفاوت دما در نوزادان و کودکان تا حدودی بیشتر است. تحقیقات نشان می‌دهند که اوج افزایش دمای بدن انسان هنگام بعد از ظهر و بین ساعت ۴ـ۷ می‌باشد.

سن و جنس

حساسیت افراد بسیار جوان و بسیار پیر نسبت به تغییرات دمای محیط بیشتر است. درجه حرارت بدن نوزادان و کودکان در پاسخ به دمای هوای سرد یا گرم، سریعتر دچار تغییر می‌گردد.

به کودک ۲ ساله نوا ـ شولین که توسط مادرش به بخش اورژانس آمده است توجه کنید. پرستار ضمن بررسی درجهٔ حرارت کودک باید اثر تغییرات دمای محیط را بر دمای بدن کودک به خاطر بسپارد و سعی نماید از لرز و افزایش حرارت که در طرح مراقبتی کودک به ثبت رسیده، جلوگیری نماید.

در سالخوردگان کنترل تنظیم دمای بدن تا حدودی از بین می‌رود، لذا این افراد در معرض خطر آسیب دیدگی ناشی از افزایش بیش از حد درجه حرارت قرار دارند. احتمالاً بدلیل تغییرات هورمونی، دمای بدن زنان، از نوسانات بیشتری نسبت به مردان برخوردار است. افزایش ترشح پروژسترون در زمان تخمک‌گذاری، دمای بدن را نیم تا یک درجه افزایش می‌دهد.

دمای محیط

اکثر ما انسانها در پاسخ به تغییرات دمای محیط، از لباسهایی استفاده می‌کنیم که در گرما، سبب افزایش دفع حرارت شده و یا در سرما حرارت را حفظ می‌نمایند. در صورتی که فرد در معرض سرمای شدید قرار بگیرد و از پوشش لباسی مناسب و کافی برخوردار نباشد، دفع حرارت ممکن است تا آنجا پیش رود که وی را دچار هایپوترمی[2] (درجه حرارت کمتر از حد طبیعی بدن) نماید. مشابه همین مسئله زمانی اتفاق می‌افتد که فرد به مدت طولانی در معرض گرمای شدید قرار گیرد که نتیجه آن بروز هایپرترمی (درجه حرارت بیشتر از حد طبیعی بدن) خواهد بود. هر دو مورد هایپوترمی و هایپرترمی می‌توانند منجربه بروز بیماری جدی یا مرگ در فرد شوند.

درجه حرارت طبیعی بدن

درجه حرارت طبیعی بدن هر فرد می‌تواند دچار تغییر و نوسان گردد. اگر دمای بدن از حد متوسط طبیعی خود بین ۰/۶ـ۰/۳ درجه سانتی‌گراد (۰/۵ـ۱°F) تغییر کند در حد نرمال در نظر گرفته می‌شود. هرچند برای بعضی افراد تغییرات بیشتر از این هم طبیعی محسوب می‌گردد. فرد با درجه حرارت طبیعی را بدون تب «afebril» می‌نامند. جدول ۳ـ۲۴ حد متوسط دمای طبیعی استاندارد را برای بزرگسالان سالم در نقاط مختلف بدن نشان می‌دهد.

افزایش درجه حرارت بدن

پایرکسیا[3] (تب) عبارت از افزایش دمای بدن که از طریق جابه‌جایی رو به بالای نقطهٔ ثبات مرکز تنظیم دما در هیپوتالاموس ایجاد می‌شود (پورت، ۲۰۰۲). شخصی که دمای بدنش بالا می‌رود فبریل[4] یا تب‌دار گفته می‌شود. تب در پاسخ به عفونت‌های باکتریایی یا ویروسی ایجاد می‌شود. همچنین ممکن است در پاسخ به آسیب بافتی مانند سکته قلبی، آمبولی ریوی، سرطان، تروما و جراحی نیز پدید آید. در بچه‌ها، این پاسخ اغلب سریع دیده می‌شود. هرچند، افزایش خفیف دما (نظیر درجه حرارت از راه مقعد ۳۸°C (۱۰۰/۴°F) می‌تواند نشانهٔ عفونت جدی در نوزادان کمتر از سه ماه باشد که مکانیزم‌های کنترل درجه حرارت در آنها بخوبی تکامل پیدا نکرده است. در افراد مسن که اغلب از درجه حرارت پایه کمتری برخوردارند، تب می‌تواند یکی از علایم دیررس بیماری باشد و حتی در فرآیندهای پاتولوژیکی وسیع هم درجه حرارت بدن تنها ۱ـ۲°F از حد طبیعی فراتر می‌رود.

هنگامی که دما از طریق نقطهٔ ثبات افزایش یابد، هیپوتالاموس شروع به ایجاد لرز و انقباض عروق می‌نماید. پس از اینکه دمای بدن تا حد نقطهٔ ثبات جدید بالا رفت، مکانیسم‌های از دست دادن حرارت دوباره درجه حرارت بدن را از افزایش به سطوح خطرناک حفظ می‌کنند. تبها در بیشتر موارد به خودی خود محدود می‌شوند و دمای بدن پس از کنترل عوامل ایجاد کننده تب به حد طبیعی باز می‌گردد. پایین آمدن دمای بدن

1- eircadian Rhythms
2- Hypothermia
3- Pyrexia
4- Febrile

جدول ۳ـ۲۴. متوسط دمای طبیعی در بزرگسالان سالم (نقاط مختلف)

دهان	مقعد	زیربغل	پردهٔ صماخ	پیشانی
۳۷°C	۳۷/۵°C	۳۶/۵°C	۳۷/۵°C*	۳۴/۴°C#
۹۸/۶°F	۹۹/۵°F	۹۷/۶°F	۹۹/۵°F	۹۴°F

* متوسط درجه حرارت طبیعی پردهٔ صماخ به کالیبره کردن و شیوه جایگذاری دماسنج مربوط می‌شود.
کارخانه سازنده دماسنج Digitemp مورد استفاده برای پیشانی اظهار می‌دارد که: بیشتر نوجوانان و بزرگسالان در ناحیه پیشانی دارای درجه حرارتی طبیعی معادل ۹۳ و ۹۵ درجه فارنهایت هستند.

می‌تواند فوری یا تدریجی باشد. واژه‌های مورد استفاده در توصیف انواع تب در کادر ۲ـ۲۴ فهرست شده است. هایپر پایرکسی[1] به تب خیلی بالا گفته می‌شود که معمولاً حدود ۴۱°C (۱۰۵/۸°F) است.

سایر انواع افزایش درجه حرارت بدن، هایپرترمی، تب نوروژنیک و تب با منبع ناشناخته می‌باشند. هایپرترمی با پایرکسی تفاوت می‌کند زیرا در هایپرترمی نقطه ثبات تنظیم شده در هیپوتالاموس تغییر نمی‌کند، اما در مواقع تماس با حرارت زیاد یا تولید گرمای زیاد (مثل ورزش‌های سخت و شدید)، مکانیسم‌هایی که در بدن حرارت را کنترل می‌کنند بی‌تأثیرند. تب نوروژنیک معمولاً ناشی از آسیب به هیپوتالاموس و به علل تروما، خونریزی و افزایش فشار داخل جمجمه ایجاد می‌شود. این نوع تب‌ها به داروهای ضد تب پاسخ نمی‌دهند (پورت ۲۰۰۲). در نهایت اگر علل پایرکسی مشخص نگردد تحت عنوان تب با منبع ناشناخته (FUO)[2] تشخیص داده می‌شود.

اثرات جسمانی افزایش درجه حرارت بدن

بیماران مبتلا به تب معمولاً بی‌اشتهائی، سردرد، داغی و خشکی پوست، برافروختگی صورت، تشنگی و بی‌قراری عمومی را تجربه می‌کنند. نوجوانان یاسایر افراد دارای تب بالا، ممکن است دچار دوره‌هایی از تشنج یا هذیان شوند. مشاهدهٔ سایر تظاهرات احتمالی خطرناک تب، نظیر دهیدراسیون، کاهش برون‌ده ادراری و ضربانات سریع قلب در بررسی و شناخت پرستاری از اهمیت خاصی برخوردار است.

روش‌های کاهش دادن درجه حرارت بالا

تدابیر پرستاری در مورد بیمار دچار تب در نمونه‌های تدابیر پرستاری طبقه‌بندی شده[3] بطور خلاصه ذکر شده است. داروهای ضد تب (پایین آورندهٔ تب) نظیر آسپرین یا استامینوفن در بعضی موارد تجویز می‌شود. معتقدند که این داروها نقطهٔ ثبات بالائی را که توسط هیپوتالاموس تنظیم شده، پایین می‌آورند.

کادر ۲ـ۲۴. اصطلاحات و تعاریف مربوط به انواع تب

ادواری[4]: درجه حرارت بدن بطور منظم از یک دورهٔ طبیعی یا کمتر از حد طبیعی تغییر می‌یابد.

نوسانی[5]: بادرجات متفاوت نوسان پیدا می‌کندو نوسانات در محدوده‌ای صورت می‌گیرد که دمای بدن بیش از ۲°C (۳/۶°F) از حد طبیعی فراتر رفته است. دمای بدن در این نوسانات هیچگاه به حد طبیعی نمی‌رسد.

ثابت[6]: دمای بدن بطور ثابت بالاست و نوسانات آن کمتر از ۲°C (۳/۶°F) می‌باشد.

راجعه[7]: دمای بدن به مدت حداقل یک روز به حد طبیعی باز می‌گردد اما مجدداً تب آغاز می‌شود.

کریز یا بحران[8]: تب بطور ناگهانی به حد طبیعی می‌رسد.

لیز[9]: تب بطور تدریجی به حد طبیعی می‌رسد.

زمانی که درجه حرارت بدن در حد طبیعی است، این داروها تأثیر ندارند. به بچه‌های زیر ۲ سال نیز نباید آسپرین داده شود مگر آنکه تحت نظارت پزشک بوده و یا توسط پزشک تجویز شده باشد. همچنین به کودکان و نوجوانان مبتلا به آبله مرغان و آنفولانزا نباید آسپرین داد، زیرا امکان بروز سندرم رای[10] وجود دارد. در صورتی که تب به علت عفونت باکتریایی ایجاد شده باشد یک آنتی‌بیوتیک مناسب تجویز می‌شود. درجه حرارت بدن را از طریق تدابیر دیگری نظیر حمام آب سرد، پک‌ها و پتوهای سرد می‌توان کاهش داد (این موارد در فصل ۳۸ مورد بحث قرار گرفته است).

1- Hyperpyrexia
2- Fever unknown origin
3- Nursing Interventions classification
4- Intermittent
5- Remittent
6- Constant
7- Relapsing
8- Crisis
9- Lysis
10- Reye's Syndrome

کاهش درجه حرارت بدن

درجهٔ حرارت کمتر از حد طبیعی هایپوترمی نامیده می‌شود. اگر درجهٔ حرارت بدن به پایین‌تر از ۳۴°C (۹۳/۲°F) برسد مرگ اتفاق می‌افتد. اما بقا و زنده ماندن در افرادی که دچار هایپوترمی شدید شده‌اند (۲۸°C یا ۸۲/۴°F) نیز گزارش گردیده است. این حالت می‌تواند در شخصی که در آب یخ غرق شده یا در برف مدفون گردیده است، روی دهد. سرعت واکنش‌های شیمیایی در بدن کند می‌گردد از این رو نیاز متابولیک به اکسیژن نیز کاهش پیدا می‌کند.

بررسی درجه حرارت

برای بررسی دقیق درجه حرارت بدن، پرستار باید بداند چه وسایلی مورد استفاده قرار می‌گیرد، کدام محل را باید انتخاب کند و چه روشی مناسب است.

وسایل

درجه حرارت بدن را می‌توان با وسایل گوناگون مانند دماسنج‌های الکترونیکی و دیژیتالی، پردهٔ صماخ، شیشه‌ای، یک‌بار مصرف، شریان شقیقه[1]، و وسائل کنترل درجه حرارت خودکار بررسی کرد.

برای تفکر بیشتر به مسئله توماس اسپوزیتو بیماری که نیاز به بررسی و اقدامات کنترل عفونت داشت، برگردید. برای این که بیمار نیاز به اقدامات کنترل عفونت و گوشی مخصوص ایزوله دارد، پرستار بایدنیاز او به دماسنجی طراحی شده برای استفاده شخصی مثل دماسنج یک بار مصرف را پیش‌بینی نماید.

دماسنج‌های الکترونیکی یا دیژیتالی

دماسنج‌های الکترونیکی یا دیژیتالی، بر حسب ناحیه و محصول بکار برده شده، دمای بدن را از طریق دهان، مقعد یا زیر بغل در مدت ۶-۴ ثانیه اندازه‌گیری می‌کنند. این وسایل که با باطری کار می‌کنند، یک درجه حرارت LCD یا LED از طریق پوشش‌های میله‌ای یک بار مصرف و صفحه نمایشگر بدست می‌دهند. بعضی از نمونه‌های این دماسنج به طور اتوماتیک تبدیل درجهٔ فارنهایت به سانتیگراد و تایمر تکانه‌ای دارای ۶۰ ثانیه کامل و آخرین اندازه‌گیری دما را نشان می‌دهند. بررسی درجه حرارت بدن با دماسنج الکترونیکی در روش کار مهارتی ۱ـ۲۴ شرح داده شده است.

نمونه‌هایی از تدابیر پرستاری طبقه‌بندی شده (NIC)
درمان تب

- کنترل درجه حرارت به دفعاتی مناسب
- کنترل از دست دادن مایعات نامحسوس
- کنترل رنگ و دمای پوست
- کنترل فشار خون، نبض و تنفس در حد مناسب
- کنترل کاهش سطح هوشیاری
- کنترل حرکات تشنجی
- کنترل شمارش سلول‌های سفید خون، میزان هموگلوبین و هماتوکریت
- کنترل جذب و دفع
- کنترل مولرد غیر طبیعی الکترولیت
- کنترل تعادل اسید ـ باز
- در صورت لزوم دادن داروی ضد تب
- در صورت لزوم دادن حمام ولرم
- در صورت لزوم تشویق به مصرف مایعات زیاد از راه دهان
- در صورت لزوم تشویق به مراقبت و بهداشت دهان یا انجام آن

دماسنج کنترل دما از طریق پردهٔ صماخ

این نوع دماسنج‌ها برای تشخیص و شناسایی حرارت آزاد شده از پرده صماخ، به احساس‌گرهای مادون قرمز مجهز می‌باشند. میله استوانه‌ای این دماسنج را که دارای پوشش می‌باشد، به داخل کانال گوش وارد می‌کنند، به طوری که مدخل گوش کاملاً بسته می‌شود (به روش کار مهارتی ۱ـ۲۴ رجوع کنید). بسته به نوع وسیله، در مدت ۳ـ۱ ثانیه می‌توان دما را خواند. اگرچه این نوع دماسنج‌ها عموماً برای کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما دقت آن خصوصاً در کودکان زیر ۶ سال مورد سؤال است (لنهام و همکاران[2]، ۱۹۹۹).

نوا شولین، کودک نوپایی که در شروع این فصل در موردش صحبت شد، بخاطر می‌آورید؟ گرچه در این نوع دماسنج، سریعاً دما خوانده می‌شود. اما پرستار به دلیل بی‌قراری فعلی کودک، به هنگام کنترل درجهٔ حرارت، ناچار است از مادر او سؤال نماید که قبل از آوردن کودک به بخش اورژانس دمای او را کنترل نموده یا از سایر روش‌های کنترل دما استفاده کرده است و سپس از این مسئله جهت صحت تأیید درجه حرارت فعلی کودک استفاده نماید.

1- Temporal artery
2- Lanham et al.

دماسنج شیشه‌ای

اگرچه دما سنج شیشه‌ای با مخزن حاوی جیوه از گذشته و به صورت سنتی برای اندازه‌گیری دمای بدن مورد استفاده قرار گرفته، اما خطر مسمومیت با جیوه استفاده از این نوع دماسنج را تقریباً منسوخ کرده است. بسیاری از مؤسسات مراقبت بهداشتی از این نوع دماسنج‌ها به مدت طولانی استفاده نمی‌کنند یا هر نوع وسیله جیوه‌ای را بر اساس توصیه‌های ایمنی مرکزی به تدریج از دور خارج می‌کنند. هرچند هنوز هم در منازل افراد زیادی دماسنج جیوه‌ای وجود دارد و مدام از آن استفاده می‌کنند. در بعضی موارد، ممکن است از دماسنج‌های شیشه‌ای برای بیماران بستری در بخش‌های ویژه یا ایزوله استفاده گردد. برای پرستاران دانستن و آموزش اطلاعاتی دربارهٔ خطرات جیوه و نحوهٔ برخورد به هنگام شکستن دماسنج جیوه‌ای، اهمیت دارد. به روش کار مهارتی ۱ـ۲۴ در مورد آموزش پیشبرد سلامتی در منزل و محتوای آموزش‌های پیشنهاد شده رجوع نمائید.

دماسنج‌های شیشه‌ای بدون جیوه نیز در دسترس هستند که ماده اصلی آنها می‌تواند محلول‌های معطر (با استفاده از یک ماده اصلی فرآورده نفتی یا ماده اصلی الکلی) باشد. دماسنج‌های حاوی مایع قرمز یا آبی بدون جیوه هستند (جیوه یک مایع نقره‌ای می‌باشد). در بخش انتهایی پایه این نوع دماسنج یک مخزن وجود دارد. مخزن حاوی مایعی است که با حرارت منبسط گردیده و در طول پایه دماسنج بالا می‌رود. رایج‌ترین آنها دماسنج‌های شیشه‌ای است که دارای مخزنی باریک و بلند است و برای کنترل درجه حرارت دهان بکار می‌رود و دماسنج‌های با مخزن کوتاه و گرد برای کنترل درجه حرارت مقعد استفاده می‌شود.

عموماً دماسنج‌های شیشه‌ای با یکی از دو درجهٔ سانتیگراد (سلسیوس، C[۱]) یا فارنهایت[۲] (F) (تصویر ۱ـ۲۴) مدرج می‌شوند و دامنهٔ درجات از حدود ۳۴°C (۹۴°F) تا حدود ۴۲/۲°C (۱۰۸°F) ادامه دارد. در درجه‌بندی سلسیوس تقسیمات جزئی‌تری به میزان ۰/۱ درجه وجود دارد. در درجه‌بندی فارنهایت این تقسیمات به میزان ۰/۲ درجه است. در جدول ۴ـ۲۴ مقایسهٔ درجه حرارت سانتیگراد و فارنهایت نشان داده شده است و نحوهٔ تبدیل یک درجه به درجهٔ دیگر توضیح داده شده است. در روش کار مهارتی ۱ـ۲۴ بررسی درجه حرارت بدن با استفاده از دماسنج شیشه‌ای شرح داده شده است.

در صورت استفاده مؤسسات بهداشتی درمانی از دماسنج‌های شیشه‌ای، هر بیمار در طول مدتی که در آن مرکز بستری است باید دماسنج مخصوص خود را استفاده نماید. دماسنج در اطاق بیمار و معمولاً در ظرفی حاوی مایع ضد عفونی نگاهداری می‌شود. توصیه می‌گردد، دماسنج‌های شیشه‌ای که برای بیماران دچار هپاتیت (نوعی بیماری عفونی کبدی) و سندرم نقص اکتسابی سیستم ایمنی (ایدز) استفاده می‌گردد پس از ترخیص این بیماران دور ریخته شود.

در منزل، دماسنج را با آب ولرم و صابون شسته، با آب سرد آبکشی نموده و سپس در جای خود قرار دهید تا در موقع لزوم مجدداً از آن استفاده شود. اگر دماسنج برای بیش از یک نفر مورد استفاده قرار می‌گیرد، یا اگر فردی مبتلا یا مشکوک به عفونتی است که از راه دهان انتقال می‌یابد، بعد از تمیز کردن دماسنج، آن را با محلول‌های مناسب (نظیر الکل) ضد عفونی کنید. جهت مراقبت و انهدام دماسنج‌های الکترونیکی و سایر دماسنج‌ها، همچنین پوشش‌های مربوط به میله‌های آنها، از توصیه‌های کارخانه‌های سازنده تبعیت نمائید.

دماسنج‌های یک بار مصرف

دماسنج‌های یک بار مصرف، نظیر نکس تمپ[۳]، درجه حرارت را در مدت چند ثانیه ثبت کرده و شکننده هم نیستند. به سبب تنها یک نوبت استفاده از این دماسنج، خطر عفونت ثانویه از بین می‌رود.

نوار یا پاچ[۴] حساس به حرارت، معمولاً بر روی شکم یا پیشانی گذاشته می‌شود و در درجه حرارت‌های مختلف، رنگ آن تغییر می‌کند. از این وسیله برای کنترل درجه حرارت در سنین نوپائی نیز استفاده می‌شود. اگر رنگ نوار نشان دهد که دمای بدن در محدودهٔ طبیعی نیست، باید برای بررسی مجدد درجه حرارت، از دماسنج استفاده نمود.

دماسنج شریان شقیقه‌ای

دماسنج‌های شریان شقیقه‌ای، دمای بدن را از طریق جذب حرارت ساطع شده از پوست روی شریان شقیقه، اندازه‌گیری می‌کند. این وسایل با باطری کار می‌کنند که دارای یک نمایشگر LED می‌باشد و در هر ثانیه ۱۰۰۰ بار می‌تواند دما را اندازه‌گیری کند (باور[۵]، ۲۰۰۳).

ابزارهای اندازه‌گیری خودکار

این وسایل در واحدهای مختلف بهداشتی درمانی جهت اندازه‌گیری همزمان دمای بدن، نبض و فشار خون بیمار مورد استفاده

1- Celsius
2- Fahrenheit
3- Nex Temp
4- Patch or tape
5- Bauer

آموزش ارتقاء بهداشت در خانه ۱-۲۴
در مورد دماسنج‌های جیوه‌ای

عنوان بهداشتی	توصیه آموزشی	چرا مهم است؟
جیوه چیست؟	● جیوه یک مایع نقره‌ای، بدون بو و سنگین است. ● دماسنج‌های شیشه‌ای حاوی جیوه به راحتی می‌شکنند.	جیوه ماده‌ای سمی و خطرناک است که بر سیستم عصبی مرکزی تأثیر می‌گذارد مایع جیوه و بخار برخاسته از مایع هر دو خطرناک‌اند. جیوه نه تنها برای مردم خطرناک است بلکه محیط را نیز آلوده می‌کند (بخصوص اگر در آب ریخته شود). مسمومیت با جیوه می‌تواند مشکلاتی از نظر تکامل مغزی و ناتوانی در یادگیری ایجاد نماید.
اگر دماسنج جیوه‌ای بشکند چه کار می‌کنید؟	**چه کاری نباید انجام داد** ● تمیز کردن محل با جاروی دستی ● کشیدن جاروبرقی ● ریختن جیوه به داخل لولهٔ فاضلاب ● شستن لباس‌های آلوده به جیوه ● استفاده از مواد پاک‌کننده خانگی برای مواد ریخته شده	جارو کردن سبب می‌شود جیوه به قطره‌های ریزتر شکسته شود. جیوه جاروبرقی را آلوده می‌کند. جیوه در سیستم لوله کشی باقی مانده و ماشین لباسشویی را آلوده می‌کند. مواد پاک‌کننده با جیوه واکنش نشان داده و گاز سمی آزاد می‌کند.
	چه کاری باید انجام داد ● پنجره‌ها را باز کنید و با بستن در، راه جریان هوا را از اتاق به دیگر نواحی خانه مسدود نمائید. حداقل برای مدت یک ساعت (در صورت امکان) از پنکه استفاده کنید. ● از قطره چکان، یک تکه کاغذ سفت یا یک نوار لوله مانند برای برداشتن شیشه‌های خورد شده و قطره‌های جیوه استفاده کنید. ● جیوه، شیشه‌های خرد شده و هر وسیله‌ای برای جمع آوری این مواد رادر کیسه‌های زیپ‌دار پلاستیکی بریزید و با یک نوار، دور کیسه را محکم ببندید. این کیسه را درون کیسه دیگری قرار داده و آن را نیز با نوار محکم ببندید و سپس کیسه دوم را نیز درون کیسه سوم قرارداده و دور آن را با نوار محکم ببندید. کیسه‌ها را در یک ظرف درب دار با دهانهٔ گشاد قرار دهید. ● هر چیزی را که در تماس با جیوه بوده است (شامل ملافه‌ها، لباس و حوله‌ها) دور بریزید. ● برای اطلاع از محل مناسب و تأیید شدهٔ دفع این گونه زباله‌ها با ادارهٔ بهداشت منطقهٔ خود تماس بگیرید. ● دست‌های خود را با آب و صابون بشوئید. اگر فکر می‌کنید سایر قسمتهای بدنتان در تماس با جیوه بوده، در آن صورت دوش بگیرید.	

قرار می‌گیرند، وسایل مذکور کمتر نیازمند هدایت مستقیم پرستار هستند، بویژه زمانی که بررسی‌ها باید بطور مکرر صورت پذیرد.

نقاط گرفتن درجه حرارت و شیوه‌های بررسی آن

روش‌های کار و قوانین مؤسسات بهداشتی نقاط اندازه‌گیری درجه حرارت بدن بیماران را مشخص می‌کنند، هرچند که انتظار می‌رود در برخی موقعیت‌های خاص پرستار مناطق دیگری را انتخاب کرده و مورد استفاده قرار دهد. عواملی که بر انتخاب محل کنترل درجه حرارت تأثیر می‌گذارند عبارتند از: سن بیمار، وضعیت

جدول ۴-۲۴. معادل‌سازی درجه حرارت‌های سانتیگراد و فارنهایت

سانتیگراد	فارنهایت	سانتیگراد	فارنهایت
۳۴	۹۳/۲	۳۸/۵	۱۰۱/۳
۳۵	۹۵	۳۹	۱۰۲/۲
۳۶	۹۶/۸	۴۰	۱۰۴
۳۶/۵	۹۷/۶	۴۱	۱۰۵/۸
۳۷	۹۸/۶	۴۲	۱۰۷/۶
۳۷/۵	۹۹/۵	۴۳	۱۰۹/۴
۳۸	۱۰۰/۴	۴۴	۱۱۱/۲

هوشیاری، میزان درد و سایر مراقبت‌های پیش‌بینی شده. حین ثبت درجه حرارت در پرونده بیمار، مرسوم است که محل اندازه‌گیری درجه نیز قید شود. در مورد نقاطی که بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرند در اینجا بحث گردیده است.

جهت بررسی دما از ناحیهٔ دهان، دماسنج یا لوله استوانه‌ای الکترونیکی، زیر زبان (ناحیه زیرزبانی)، برای بررسی دما از ناحیه رکتال در کانال آنال و برای بررسی درجه زیر بغل در گودِی ناحیهٔ زیر بغل قرار داده می‌شود. لوله استوانه‌ای که در گوش قرار داده می‌شود برای ارزیابی درجه از راه پرده صماخ است. در غالب بررسی‌ها و ملاحظات بالینی به نظر می‌رسد میزان رضایت یکسانی در در بررسی درجه حرارت دهان، مقعد، پردهٔ صماخ یا زیر بغل وجود داشته است. همچنین استفاده از روش‌های صحیح به کار گرفته شده و تغییرات طبیعی بین روشها مورد توجه بوده است. یکی از روشهای تأیید صحت اندازه‌های غیر عادی درجه حرارت بدن این است که دمای اندازه‌گیری شده در دو نقطهٔ مخالف بدن با هم مقایسه شوند.

بررسی دمای بدن از طریق پردهٔ صماخ

درجه حرارت پردهٔ صماخ به عنوان درجه حرارت مرکزی بدن نیز در نظر گرفته می‌شود. در کانال گوش پرده صماخ منبع حرارتی اولیه است که احساس‌گرهای مادون قرمز در دماسنج، هنگام متصاعد شدن گرما از منبع حرارت آن را از طریق بدن دریافت و احساس می‌نمایند. دماسنج با پردهٔ صماخ تماس پیدا نمی‌کند (به روش کار مهارتی ۱ـ۲۴) رجوع نمائید. این ناحیه اندازه‌گیری درجهٔ حرارتی آسان و مطمئن را امکان‌پذیر می‌سازد و به راحتی در دسترس است. این روش نباید برای مددجویان دچار ترشحات گوش و یا اسکار بر روی پردهٔ صماخ استفاده شود. در صورت وجود سرومن[1] (واکس گوش[2]) یا بروز اوتیت گوش میانی[3] (عفونت گوش میانی)، تغییر قابل ملاحظه‌ای در خواندن درجه ایجاد نمی‌شود.

بررسی درجه حرارت از ناحیه دهان

معیار بسیار مهم در انتخاب روش دهانی آن است که بیمار بتواند دهان خود را در اطراف دماسنج یا میلهٔ استوانه‌ای به حالت بسته نگهدارد. گرفتن درجه حرارت از راه دهان با استفاده از دماسنج شیشه‌ای برای افراد بیهوش، افراد دچار اختلالات روانی، اشخاصی که مستعد بروز حمله یا تشنج می‌باشند، نوزادان و کودکان ممنوع می‌باشد، زیرا خطر شکستن دماسنج شیشه‌ای در دهان وجود دارد. کنترل درجه حرارت از راه دهان برای افرادی که بیماری‌های حفره دهانی دارند یا در ناحیهٔ دهان و بینی عمل جراحی داشته‌اند نیز به کار برده نمی‌شود. در مواردی که بیمار غذا، مایعات گرم یا سرد، سیگار یا آدامس استفاده کرده است، معمولاً توصیه می‌شود قبل از کنترل درجه حرارت حدود ۳۰ـ۱۵ دقیقه منتظر بماند تا مخاط دهان به دمای طبیعی خود باز گردد چنین مرسوم است. در بیمارانی که اکسیژن از راه بینی دریافت می‌کنند، درجه حرارت از راه دهان کنترل نشود. زیرا معتقدند اکسیژن بطور کاذب دما را کمتر نشان می‌دهد. تحقیقات، مطالعات بیشتری را در این مورد طلب می‌کند. در هر حال، درجه حرارت بدن بیمارانی که ازطریق ماسک، اکسیژن دریافت می‌کنند، نباید از راه دهان کنترل گردد، زیرا زمانی که برای بررسی خواندن درجه صرف می‌شود، احتمالاً منجربه کاهش جدی میزان اکسیژن خون در بیمار می‌گردد. روش بررسی درجه حرارت از راه دهان در روش کار مهارتی ۱ـ۲۴ ارائه گردیده است.

بررسی درجه حرارت از ناحیه مقعد

درجه حرارت مقعد که نوعی حرارت مرکزی است، به عنوان یکی از دقیق‌ترین و صحیح‌ترین روش‌ها در نظر گرفته می‌شود. اگر کنترل درجه حرارت از راه دهان مقدور نباشد، می‌توان دما را از طریق مقعد کنترل کرد (به روش کار مهارتی ۱ـ۲۴ رجوع شود). چون بیماران معمولاً از گرفتن درجه حرارت مقعد ناراحتند، بنابراین در صورت امکان از گرفتن درجه حرارت در این ناحیه باید اجتناب کرد. گرفتن درجه حرارت مقعد در نوزادان تازه به دنیا آمده، در بچه‌های کوچک، در بیمارانی که تحت عمل جراحی مقعد بوده یا دچار بیماری در این ناحیه هستند و یا مبتلا به اسهال می‌باشند، ممنوع است، زیرا با وارد کردن دماسنج به ناحیه مقعد، ضربانات قلب به علت تحریک عصب واگ کُند می‌شود، بنابراین در بعضی مؤسسات این روش در برخی بیماری‌های قلبی یا پس از عمل جراحی قلب، مورد استفاده قرار نمی‌گیرد.

بررسی درجه حرارت از ناحیه زیر بغل

معمولاً هنگامی که کنترل درجه حرارت از راه دهان و مقعد امکان‌پذیر نبوده یا این نواحی غیر قابل دسترس باشند، از زیر بغل برای گرفتن دمای بدن استفاده می‌کنند. در بعضی بیمارستان‌ها به منظور جلوگیری از پارگی احتمالی دیوارهٔ مقعد، درجه حرارت در نوزادان سالم از ناحیه زیر بغل کنترل می‌شود. اگر ناحیه زیر بغل تازه شسته شده باشد، کنترل درجه حرارت ۳۰ـ۱۵ دقیقه باید با تأخیر انجام شود. اغلب صاحب نظران معتقدند اگر

1- Cerumen 2- Wax

3- Otitis media

در کنترل درجهٔ حرارت از ناحیهٔ زیر بغل، روش صحیح بکار رود، دقت این روش با روش‌های دهانی یا مقعدی برابر خواهد بود. شیوهٔ کار مربوط به کنترل درجه حرارت از ناحیه زیر بغل در روش کار مهارتی ۱ـ۲۴ شرح داده شده است.

تشخیص‌های پرستاری

مثال‌های مربوط به تشخیص‌های پرستاری NANDA در مورد تغییرات بوجود آمده در درجه حرارت بدن در خانهٔ ضمیمه فهرست شده است.

نبض

نبض یک احساس تپ تپ کردن است که می‌توان آن را بر روی شریان محیطی لمس نمود یا آن را در ناحیه نوک قلب شنید و به دلیل انقباض بطن چپ با ورود موج خون پمپ شده به درون گردش خون شریانی ایجاد می‌شود. هر بار که بطن چپ قلب منقبض می‌گردد تا خون را به درون آئورتی که قبلاً از خون سرشار بوده براند، دیواره‌های شریانی در سیستم قلبی ـ عروقی برای جبران این افزایش فشار خون، متسع شده و انبساط پیدا می‌کنند. مشخصه‌های نبض شامل تعداد، کیفیت، ریتم و حجم آن می‌باشند که اطلاعاتی در زمینه کارآیی قلب به عنوان یک پمپ و کفایت جریان خون محیطی، بدست می‌دهند.

فیزیولوژی نبض

نبض توسط سیستم عصبی خودکار و از طریق گره سینوسی دهلیزی (که معمولاً تحت عنوان دستگاه ضربان‌ساز نامیده می‌شود) تنظیم می‌گردد. تحریک پاراسمپاتیک از طریق عصب واگ سبب کاهش تعداد ضربان قلب و تحریک سمپاتیک سبب افزایش ضربان قلب و نیروی انقباض می‌گردد. تعداد نبض عبارت است از تعداد ضربان‌های احساس شده از روی یکی از شریان‌های محیطی یا ضربان‌های شنیده شده در ناحیه نوک قلب به مدت یک دقیقه.

تغییرات بوجود آمده در تعداد، دامنه، کیفت و ریتم نبض

عوامل زیادی می‌توانند بر حجم و تعداد ضربانات قلب یا هر دو تأثیر گذارند، هرچند که مکانیسم‌های جبران کننده تمام مدت تلاش می‌کنند تا مقادیر خون مورد نیاز سلول‌ها را در حد کفایت حفظ نمایند. به عنوان مثال وقتی حجم ضربه‌ای کاهش می‌یابد، مثلاً زمانی که حجم خون در اثر خونریزی کم شده است، تعداد انقباضات قلب افزایش پیدا می‌کند تا برون‌ده قلب به همان میزان قبل باقی بماند. برعکس، در قهرمانان ورزشی، وضعیت بدنی طوری است که قلب در هر ضربه بیشترین میزان خون را پمپاژ می‌کند. لذا ممکن است تعداد ضربانات کم شده یا حتی به پایین‌تر از حد طبیعی برسد، اما با وجود این ذخائر خونی سلول‌های بدن در حد کافی باقی می‌ماند.

تعداد نبض

افزایش و کاهش تعداد نبض در پاسخ به مکانیسم‌های فیزیولوژیکی متعددی است. تعداد نبض ممکن است با فعالیت، داروها، احساسات، درد، سرما و گرما و فرایند بیماری دچار تغییر گردد. تعداد نبض طبیعی دامنه‌ای از ۶۰ تا ۱۰۰ ضربه در دقیقه است.

افزایش تعداد نبض

همان‌طور که تعداد ضربان قلب افزایش می‌یابد، برون‌ده قلبی نیز تمایل به افزایش پیدا می‌کند. هرچند ضربان سریع (تاکیکاردی) زمان پر شدن قلب را کاهش می‌دهد، که در پی آن حجم ضربه‌ای و برون‌ده قلبی نیز کاهش می‌یابد. در مورد افراد بزرگسال، تاکیکاردی زمانی است که تعداد ضربانات قلب به ۱۰۰ تا ۱۸۰ ضربه در دقیقه برسد. در کادر ۳ـ۲۴ عوامل کمک کنندهٔ تاکیکاردی فهرست شده است.

کاهش تعداد نبض

میزان نبض کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه، در افراد بزرگسال را برادیکاردی می‌نامند. سرعت ضربان نبض معمولاً طی خواب، در مردان و در افراد لاغر کندتر است. همچنین بدلیل کاهش فرایندهای متابولیکی، طی هایپوترمی سرعت ضربان نبض آهسته می‌شود. با افزایش سن نیز نبض کند می‌گردد. همچنین نبض طبیعی در طول زندگی دچار تغییر می‌شود و بتدریج از تولد تا بزرگسالی رو به کاهش است. این تغییرات در جدول ۵ـ۲۴ نشان داده شده است. مصرف برخی داروها، نظیر گلیکوزیدهای کاردیوتونیک[1]، سرعت نبض را کم می‌کنند در حالی که به علت قوی شدن نیروی انقباض، سبب افزایش برون‌ده قلبی می‌گردند.

در برادیکاردی سینوسی که از گره سینوسی نشأت می‌گیرد، در حقیقت تعداد ضربانی کندتر از طبیعی ایجاد می‌شود. در مواقع کاهش نیازهای متابولیکی (طی خواب، در هایپوترمی و هنگام استراحت ورزشکاران حرفه‌ای و تعلیم دیده)، مصرف بعضی داروها نظیر گیرنده‌های بتا، تحریک عصب واگ (مثلاً هنگام زور زدن در اجابت مزاج) حین انجام ساکشن یا درد شدید، افزایش

1- Cardiotonic glycoside

نمونه‌هایی از تشخیص‌های پرستاری NANDA	تغییر در درجه حرارت بدن
تشخیص‌های پرستاری	**عوامل مرتبط**
هایپرترمی	● عفونت استرپتوکوکی دستگاه فوقانی تنفس ● قرارگیری در گرمای محیطی بدون سرمای کافی ● جراحی شکم با بیهوشی عمومی
هایپوترمی	● قرار گرفتن در دمای محیطی زیر صفر بدون پوشش کافی
خطر عدم تعادل دمای بدن	● کاهش هوشیاری به علت سن (۹۲ سال) و آسیب مغزی
تنظیم غیر مؤثر درجه حرارت	● بدنیا آمدن نوزاد قبل از ترم در هفتهٔ ۳۰

کادر ۳-۲۴. عوامل کمک کنندهٔ تاکیکاردی

- کاهش فشار خون، مثل زمان خونریزی که مکانیزم‌های جبرانی قلب نیاز به افزایش برون‌ده قلبی را برآورده می‌کنند.
- افزایش درجه حرارت، که معمولاً با افزایش هر ۰/۶°C (۱°F) درجه حرارت بیش از حد نرمال، نبض به میزان ۱۰-۷ ضربه در دقیقه افزایش می‌یابد.
- هر نوع وضعیتی که منجر به کمبود اکسیژن خون گردد مثل آنمی (کم خونی) یا بیماری مزمن ریوی
- ورزش، وقتی که با قدرت جبرانی قلب سعی می‌گردد نیاز به افزایش گردش خون برآورده گردد.
- بکارگیری طولانی مدت گرما
- درد
- هیجان زیاد مانند ترس، خشم و عصبانیت، اضطراب و اتفاق غیر منتظره
- بعضی داروها مثل اپی‌نفرین (آدرنالین)[1]

فشار داخل مغزی و سکتهٔ مغزی، برادیکاردی سینوسی ایجاد می‌شود. پرستار باید برادیکاردی همراه با سختی در تنفس، تغییرات میزان هوشیاری، کاهش فشار خون، تغییرات ECG و آنژین (درد قلبی) را سریعاً گزارش نماید. درمان فوری شامل تجویز آتروپین[2] وریدی به منظور بلوک تحریک عصب واگ و بازگرداندن قلب به حالت طبیعی می‌باشد.

دامنه و کیفیت نبض

در دامنه یا گستردگی نبض، کیفیت نبض از نظر پُری و اشباع بودن و نیز قدرت انقباض بطن چپ مورد توصیف می‌شود. این امر از طریق احساس جریان خون درون رگها، قابل بررسی است. دامنه یا گستردگی هر ضربان نبض معمولاً در تمام مناطقی که شریان قابل لمس است قوی می‌باشد. هر نبض قوی، با کم کردن فشار نسبی بر روی شریان محو می‌شود، اما در صورت اعمال فشار در حد متوسط، قابل لمس باقی خواهد ماند. جدول ۶-۲۴ به توضیح و نشان دادن درجه‌بندی دامنهٔ نبض می‌پردازد.

به علاوه، در نبض محیطی هم زمانی که قوی باشد حالت پُر و جهنده و وقتی ضعیف باشد حالت نخی و ضعیف وجود خواهد داشت.

ریتم نبض

ریتم نبض، الگویی از مجموعهٔ ضربان‌ها و حالت استراحت بین آنهاست. این الگو معمولاً، منظم است. الگوهای نامنظم ضربان قلب را دیس ریتمی[3] یا اختلال نبض می‌گویند. چنین ضربان‌های نامنظم را بلافاصله باید گزارش داد. ریتم‌های معمول نبض در کادر ۴-۲۴ توصیف و نشان داده شده است.

بررسی نبض

نبض را می‌توان از طریق لمس شریان‌های محیطی یا گوش دادن نبض نوک قلب با گوشی، بررسی نمود. پرستار باید چگونگی استفاده از گوشی و محل کنترل نبض و روش مناسب را بداند.

«توماس اسپوزیتو»، مرد میانسالی که نیاز به بررسی و اقدامات کنترل عفونت داشت را به خاطر دارید؟ اگرچه پرستار در مورد شنیدن صداهای قلبی و ریوی مشکل داشت اما نیاز به بررسی نبض رادیال و آپیکال (نوک قلب) وجود داشت. امکان داشت از طریق لمس نبض رادیال و سپس تلاش در جهت شنیدن نبض نوک قلب بیمار و عدم احساس این دو نبض، نبض نخی بدست آورد که گوشی خراب است و به خوبی کار نمی‌کند.

1- Epinephrine (Adrenalin)

2- Atropine

3- Dysrhythmia

جدول ۵ـ۲۴. میزان نبض طبیعی (در دقیقه) در سنین مختلف

سن	میزان تقریبی	میانگین تقریبی
نوزادی تا یک ماهگی	۱۲۰ـ۱۶۰	۱۴۰
۱ تا ۱۲ ماهگی	۸۰ـ۱۴۰	۱۲۰
۱۲ ماهگی تا ۲ سالگی	۸۰ـ۱۳۰	۱۱۰
۲ تا ۶ سالگی	۷۵ـ۱۲۰	۱۰۰
۶ تا ۱۲ سالگی	۷۵ـ۱۱۰	۹۵
بلوغ تا بزرگسالی	۶۰ـ۱۰۰	۸۰

وسایل

بسته به بررسی وضعیت سلامت بیماری ممکن است وسایل متفاوتی در بررسی نبض استفاده شود. گوشی که برای شنیدن نبض نوک قلب استفاده می‌شود در بیشتر مراکز مراقبت بهداشتی وجود دارد. مونیتور قلبی ممکن است جهت بررسی نبض نوک قلب در مراقبت‌های بحرانی یا در بخش‌های مراقبتی اورژانس استفاده شود. این مونیتورها دامنه و تعداد نبض را ترسیم یا بصورت دیژیتالی نشان می‌دهند.

گوشی پزشکی[1]

گوشی تقویت صدا، که متداول‌ترین نوع گوشی مورد استفاده است، دارای مکانیزم تقویت کنندهٔ صدا بوده و توسط لوله هائی با گوش ارتباط برقرار می‌کند (شکل ۲ـ۲۴) از جمله معمول‌ترین وسایل تقویت صدا نیز می‌توان به دیافراگم[2]، که صفحه‌ای بزرگ و صاف دارد، همچنین بل[3] با ظاهری گود و دارای انحناء، اشاره نمود. دیافراگم برای شنیدن صداهای با فرکانس بالا مثل صداهای تنفسی مناسب‌تر است چون صداهای با فرکانس پایین را حذف می‌کند. بل صداهای با فرکانس بالا را حذف می‌کند. در نتیجه برای سمع صداهای با فرکانس پایین نظیر صداهای قلبی و صدای حرکت خون در داخل عروق مناسب می‌باشد.

جدول ۶ـ۲۴. دامنهٔ نبض

شماره	تعریف	شرح
۰	عدم احساس نبض	علی‌رغم فشار زیاد نبض احساس نمی‌شود.
۱+	نبض نخی شکل	نبض به‌راحتی احساس نشده و فشار مختصر سبب محو آن می‌گردد.
۲+	نبض ضعیف	نسبت به نبض نخی شکل قویتر بوده و با فشار آهسته محو می‌شود.
۳+	نبض طبیعی	ضربان به راحتی احساس شده و با اعمال فشار درحد متوسط محو می‌گردد.
۴+	نبض پر و جهنده	ضربان قوی است و با اعمال فشار در حد متوسط نیز محو نمی‌شود.

کادر ۴ـ۲۴. اختلالات ریتم

ریتم‌های منظم

فواصل بین ریتمهای نبض و حالت استراحت بین آنها مساوی است

طبیعی



ضعیف



جهنده



اختلالات ریتم (دیسریتمی‌ها)

ضربان‌ها یا طول مدت استراحت از الگوی خاصی تبعیت نکرده، یا غیر قابل پیش‌بینی است.

دو ضربه‌ای



تناوبی

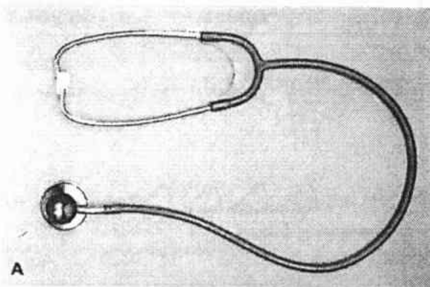


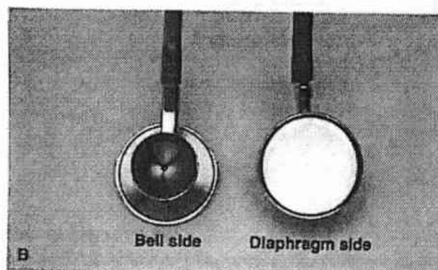
دوقلو (بای‌ژمینال)[4]



دو سر گوشی که در داخل گوشی‌ها قرار می‌گیرد باید طوری انتخاب شود که متناسب باکانال گوش بوده و کاملاً راحت باشد تا سمع به مؤثرترین نحو ممکن صورت پذیرد. دو سر گوشی باید به اندازه کافی بزرگ باشد تا هنگام استفاده از گوشی، صداهای خارجی محیط به گوش نرسد. دو سر گوشی باید مستقیماً درون کانال گوش قرار گیرد و در جهت خلاف خودش به گوش وارد نشود.

1- Stethoscope
2- Diaphragm
3- Bell
4- Bigeminal





شکل ۳ـ۲۴

گوشی اولتراسوند داپلر[1]

در بررسی نبض‌هایی که به سختی لمس یا سمع می‌شوند، از گوشی اولتراسوند داپلر استفاده می‌شود. این وسیله یک قطعه مربوط به گوش دارد که از طریق یک مبدل اولتراسوند به بخش صوتی ارتباط پیدا می‌کند. در دستور العمل مربوط به مراقبت پرستاری ۱ـ۲۴ روش‌های بررسی نبض با گوشی اولتراسوند داپلر فهرست شده است.

روش‌های بررسی نبض و نواحی آن

پرستاران باید روش بررسی نبض و نواحی آن را بدانند. اگرچه در بررسی، نبض‌های محیطی معمول‌ترند، اما نبض نوک قلب و نبض اپیکال ـ رادیال[2] در بعضی مواقع باید ارزیابی و بررسی گردند که در ذیل توضیح داده شده است.

بررسی نبض‌های شریانی محیطی

شریان‌های محیطی بسیاری وجود دارند که با استفاده از لمس نبض می‌توان از آنها استفاده نمود. نبض‌هایی که بیشتر استفاده می‌شوند در شکل ۳ـ۲۴ نشان داده شده است. از این نبض‌ها، نبض رادیال بیشتر در بچه‌ها و بزرگسالان استفاده می‌گردد. نبض‌های محیطی را می‌توان با قراردادن سه انگشت میانی و اعمال فشار مختصر بر روی شریان احساس و شمارش نمود. برای بررسی نبض‌رادیال به روش‌کار مهارتی ۲ـ۲۴ رجوع نمائید.

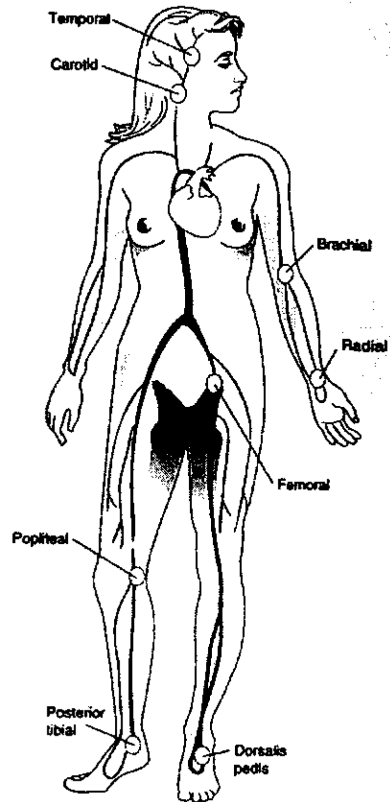
راهنمای مراقبت‌های پرستاری ۱ـ۲۴.
استفاده از گوشی اولتراسوند داپلر جهت بررسی نبض و فشار خون

زمانی که نبض یا فشار خون با لمس یا سمع به سختی قابل بررسی باشند، از گوشی اولتراسوند داپلر استفاده می‌شود. این وسیله دارای یک مبدل یا ترانس دیوسر اولتراسوندو یک واحد شنیداری می‌باشد و اصوات ناشی از حرکت گلبول‌های قرمز خون در درون عروق خونی را انتقال می‌دهد. روش کار استفاده از این وسیله به شرح زیر می‌باشد.

- دست‌های خود را بشوئید.
- کلیه وسائل از قبیل گوشی اولتراسوند داپلر، ترانس دیوسر واقع در پراب داپلر (پراب شبیه یک ترانزیستور کوچک رادیو است). گوشی هدفون دارو ژل مخصوص انتقال دهنده را جمع‌آوری و آماده نمائید.
- هدفون را به یکی از دو فیش خروجی نزدیک بخش کنترل صدا، متصل نمائید.
- مقدار کمی ژل انتقال دهنده روی پراب یا به پوست بیمار در ناحیه انتخاب شده بمالید.
- برای فعال کردن ترانس دیوسر، دکمهٔ روشن را فشار دهید.
- پراب را در حالی که با پوست و ژل انتقال دهنده در تماس است با زاویهٔ ۹۰ درجه بر روی ناحیه تعیین شده جهت بررسی نبض نگاه دارید.
- به صداهای ضربان‌دار که نشان دهندهٔ نبض شریانی است، گوش فرا دهید.
- تعداد نبض را به مدت یک دقیقه شمارش نمائید، برای گرفتن فشار خون، معمولاً تنها فشاری که می‌توان با این دستگاه اندازه گرفت، فشار سیستول است (اولین صدای شنیده شده)
- ژل را از روی پراب و پوست بیمار پاک نمائید و از الکل برای تمیز کردن ترانس دیوسر استفاده نکنید، چون پوشش ترانس دیوسر در تماس با الکل از بین می‌رود.
- دستها را بشویید و تعداد نبض شمارش شده از طریق داپلر را ثبت نمائید.

نبض‌های نواحی کشاله ران[3]، زیر زانو[4]، تی‌بیای خلفی[5] و پشت پائی[6] در بررسی گردش خون پاها و ساق پا بررسی می‌شوند. در مواقعی که بیماران دچار شوک یا ایست قلبی می‌شوند، نبض کاروتید[7] در بررسی‌های اورژانسی مورد استفاده قرار می‌گیرد. به هنگام استفاده از نبض کاروتید، برای پیشگیری از هر نوع کاهش گردش خون عروق مغزی فقط باید یک طرف را آنهم بصورت آهسته لمس نمود. نبض براکیال[8] یا بازوئی نیز در نوزادانی که دچار ایست قلبی شده‌اند، استفاده می‌شود.

1- Doppler ultrasound
2- apiccal - Radial
3- Femoral
4- Politeal
5- Posterior tibia
6- Dorsalis pedis
7- Carotid
8- Brachial



شکل ۳ـ۲۴

بررسی نبض نوک قلب (اپیکال)

در صورتی که بررسی دقیق و صحیح نبض‌های محیطی، به دلیل وجود ضربانهای نامنظم، ضعیف یا خیلی سریع، امکان‌پذیر نباشد، نبض ناحیه نوک قلب مورد بررسی قرار می‌گیرد. علاوه بر این در موارد استفاده از داروهایی که ریتم و تعداد ضربان‌های قلب را دچار تغییر می‌گردانند نیز بررسی نبض در ناحیه نوک قلب صورت می‌پذیرد. در بزرگسالان تعداد ضربان‌ها را با قراردادن گوشی بر روی این ناحیه و سمع آن به مدت یک دقیقه، شمارش می‌نمایند. ضربان ناشی از انقباض قلب در فضای بین دنده‌ای پنجم و ششم، حدود ۸cm (۳ اینچ) در سمت چپ خط میانی و کمی پایین‌تر از نوک سینه، شنیده می‌شود. (بررسی نبض اپیکال را در روش کار مهارتی ۲ـ۲۴ ببینید. نبض نوک قلب را در نوزادان با انگشتان دست به راحتی می‌توان لمس نمود.

بررسی نبض اپیکال ـ رادیال (نوک قلب ـ مچ دست)

زمانی که نبض رادیال نامنظم باشد می‌توان نبض اپیکال ـ رادیال را با شمارش همزمان نبض در ناحیه آپکس و رادیال مورد بررسی قرار داد. در دستورالعمل‌های مراقبت پرستاری ۲ـ۲۴، روش‌های کنترل نبض اپیکال ـ رادیال فهرست شده است. اختلاف بین تعداد نبض اپیکال و رادیال را کسر نبض[1] گویند. این مسئله نشان می‌دهد که همهٔ ضربان‌های قلب به شریان‌های محیطی می‌رسد یا آنقدر ضعیف می‌شود که دیگر قابل لمس نیست.

تشخیص‌های پرستاری

در خانهٔ ضمیمه مثال‌هائی از تشخیص‌های پرستاری NANDA در مورد تغییرات نبض فهرست شده است.

تنفس

تنفس شامل چند رویداد فیزیولوژیکی است. تهویه ریوی (یا تنفس) عبارتست از انتقال هوا به داخل و خارج ریه‌ها، دم یا استنشاق عمل وارد کردن هوا به داخل ریه‌ها و بازدم (یا برون داد) عمل خارج کردن هوا از داخل ریه‌ها است. تنفس خارجی عبارت از تبادل اکسیژن و دی اکسید کربن میان حبابچه‌های ریوی و جریان خون است. تنفس داخلی عبارت از تبادل اکسیژن و دی‌اکسیدکربن بین جریان خون و سلول‌های بافتی است. گرچه پرستاران قادر به بررسی تظاهرات ناشی از تغییرات بوجود آمده در هریک از اعمال تنفسی یاد شده می‌باشند، اما آنچه که در علایم حیاتی اندازه‌گیری می‌شود همان تهویهٔ ریوی است که به آن تنفس اطلاق می‌گردد. بررسی دستگاه تنفسی در فصل ۲۵ بیشتر مورد بحث قرار گرفته است.

فیزیولوژی تنفس

تعداد و عمق تنفس می‌تواند در پاسخ به نیازهای بدن تغییر کند. این تغییرات از طریق اثرات تحریک کننده و بازدارندگی مراکز عصبی واقع در بصل‌النخاع (مدولا[2]) و پل مغزی (پونز[3]) بر ماهیچه‌های تنفسی اعمال می‌گردد. مراکز تنفس از طریق ایمپالس‌های فرستاده شده از سوی گیرنده‌های شیمیایی واقع در قوس آئورت و شریان‌های کاروتید، همچنین در اثر تحریک و کشیدگی گیرنده‌های واقع در ریه و نیز گیرنده‌های موجود در عضلات و مفاصل، فعال می‌شوند. افزایش غلظت دی‌اکسیدکربن

1- Pulse deficit
2- Medulla
3- Pons

نمونه‌هایی از تشخیص‌های پرستاری NANDA	تغییر در درجه حرارت بدن
تشخیص‌های پرستاری	**عوامل مرتبط**
کاهش برون‌ده قلبی	● سابقه نارسائی احتقانی قلب و اختلال ریتم
	● آسیب‌های تروماتیک همراه با خونریزی شدید
تغذیهٔ بافتی غیر مؤثر: محیطی	● سابقهٔ بیماری عروق محیطی همراه با کاهش نبض‌های پشت زانوئی
کاهش حجم مایع	● در تماس با گرمای زیاد محیط، افزایش سن و تاکیکاردی
درد حاد	● اولین روز بعد از عمل جراحی

قویترین محرک تنفسی است که موجب افزایش تعداد و عمق تنفس می‌گردد. بخش قشری مخ در مغز، کنترل ارادی تنفس را مثلاً حین خواندن آواز یا نواختن آلات موسیقی، امکان‌پذیر می‌سازد.

تغییرات ایجاد شده در تعداد و عمق تنفس

معمولاً تعداد و عمق دم و بازدم؛ راحت، بدون مشکل، آسان و بدون آگاهی فرد است. هرچند دامنه عوامل از تغییرات محیطی تا تغییرات پاتوفیزیولوژیکی در سیستم‌های مختلف بدن منجربه افزایش یا کاهش تعداد و عمق تنفس می‌گردد.

عوامل مؤثر بر تنفس

عوامل گوناگونی وجود دارند که می‌توانند بر تعداد و عمق تنفس تأثیر گذارند این عوامل شامل ورزش، بیماری تنفسی و قلبی عروقی، تغییر در تعادل مایع، الکترولیت و اسید و باز، داروها، تروما، عفونت، درد و اضطراب است. عواملی که بر تعداد، عمق و حرکات تنفسی تأثیر می‌گذارند در کادر ۵ـ۲۴ فهرست شده است.

تعداد تنفس

در شرایط طبیعی تعداد تنفس بزرگسالان سالم در حدود ۲۰ـ۱۲ مرتبه در دقیقه است. در حالی که نوزادان و کودکان تنفس سریعتری دارند. تنفس طبیعی، اوپنه[1] نامیده می‌شود. در افراد سالم نسبت بین تعداد نبض و تعداد تنفس نسبتاً ثابت است یعنی به نسبت هریک مرتبه تنفس، چهار ضربهٔ نبض وجود دارد. تعداد تنفس در پاسخ به ورزش، درد و هیجان‌ها افزایش می‌یابد.

به نوا ـ شولین پسر دوساله‌ای که توسط مادرش به بخش اورژانس آورده شد فکر کنید. پرستار باید پیش‌بینی می‌نمود که تعداد تنفس کودک احتمالاً به دلیل گریه، جیغ و داد و اختلال هیجانی افزایش یافته است.

کادر ۵ـ۲۴. عوامل مؤثر بر تعداد، عمق و حرکات تنفسی

- **سن:** تعداد تنفس با افزایش سن، کاهش می‌یابد در نوزادان بین ۶۰ـ۳۰ تنفس در دقیقه و در بزرگسالان بین ۲۰ـ۱۲ مرتبه در دقیقه است.
- **جنس:** در مردان حرکات تنفسی عمدتاً دیافراگمی است در حالی که در زنان بیشتر از طریق حرکات بین دنده‌ای است.
- **ورزش:** ورزش سبب افزایش عمق و تعداد تنفس می‌شود.
- **تعادل اسید ـ باز:** تغییر در تعادل اسید ـ باز (به خصوص اسیدوز) معمولاً سبب افزایش تعداد و عمق تنفس (هایپرونتیلاسیون) می‌شود.
- **ضایعات مغزی:** ضایعات مغز یا ساقه مغز (نظیر خونریزی یا تومورها) می‌توانند سبب تغییر در عمق و تعداد تنفس گردند، که شایعترین تظاهرات آن تنفس شین استوکز[2] می‌باشد.
- **ارتفاع بالا:** فردسالم در تطابق با ارتفاعات بالا، بخصوص در هنگام خواب ممکن است دچار تنفس شین ـ استوکز گردد. در ارتفاعات خیلی بالا جهت تطابق با افزایش میزان هموگلوبین، عمق و تعداد تنفس نیز افزایش می‌یابد.
- **بیماری‌های تنفسی:** در نتیجهٔ تغییر در عمق، تعداد و الگوهای تنفسی که اغلب بصورت سختی در تنفس، استفاده از عضلات کمک دهندهٔ تنفس (مثل عضلات بین دنده‌ای) و افزایش تعداد تنفس می‌باشد منجربه ایجاد تغییراتی در ساختار تنفس طبیعی می‌گردد. تنفس از نظر عمق، سطحی می‌گردد. کشیدن سیگار می‌تواند در مسیرهای ریوی تغییر ایجاد نموده منجربه افزایش تعداد تنفس به هنگام استراحت گردد.
- **کم خونی (آنمی):** آنمی عبارت است از کاهش حمل اکسیژن توسط هموگلوبین که منجربه افزایش تعداد تنفس می‌گردد.
- **اضطراب:** اضطراب ایجاد نوعی نفس عمیق نموده (افزایش عمق) و نیز تعداد تنفس افزایش می‌یابد.
- **داروها:** داروها نظیر نارکوتیک‌ها[3] (خواب‌آورها)، مسکن‌ها و داروهای مربوط به بیهوشی عمومی سبب آهسته شدن عمق و تعداد تنفس می‌گردند.
- **درد حاد:** درد حاد سبب افزایش تعداد تنفس می‌گردد اما ممکن است عمق تنفس را کاهش دهد.

1- eupnea   2- cheyne-stokes
3- Narcotics

افزایش تعداد تنفس

افزایش تعداد تنفس یا تاکی‌پنه[1] در پاسخ به افزایش میزان متابولیسم هنگام تب (پایرکسی) ایجاد می‌شود. در این حالت سلول‌ها نیاز به اکسیژن بیشتر و از دست دادن دی‌اکسیدکربن زیادتری دارند. با افزایش درجه حرارت به میزان ۰/۶°C (۱°F) که بیش از حد طبیعی باشد، تعداد تنفس در حدود چهار مرتبه در دقیقه افزایش می‌یابد. هر نوع وضعیتی که بتواند منجربه افزایش دی‌اکسیدکربن و کاهش اکسیژن خون گردد، تعداد و عمق تنفس افزایش خواهد یافت.

کاهش تعداد تنفس

بطور مشخص، برخی شرایط خاص بیماری سبب کند شدن تنفس (برادی‌پنه[2]) می‌شوند افزایش فشار داخل جمجمه، منجربه دپرسیون مرکز تنفسی شده و به دنبال آن، تنفس نامنظم و سطحی یا کند می‌شود و یا اینکه هر دو حالت مزبور اتفاق می‌افتد. بعضی داروها نظیر مخدرها (مرفین[3]، مپریدین [دمرول[4]]) نیز می‌توانند تعداد تنفس را کاهش دهند.

ریتم و عمق تنفس

عمق تنفس معمولاً از حالت سطحی به عالت عمیق در تغییر و نوسان است. عمق تنفس تقریباً همان است که در هنگام استراحت شاهد آن هستیم. گهگاه، فرد بطور خودکار نفسی عمیق می‌کشد (مثل زمان آه کشیدن)، که در این حالت ریه‌های خود را بیشتر از زمانی که عمق تنفس در حالت عادی است، از هوا پر می‌کند.

واژه‌های خاصی برای توصیف ماهیت و عمق تنفس وجود دارد. به دوره‌هایی که در طول آن تنفس قطع شده باشد آپنه[5] می‌گویند. در صورتی که آپنه بیش از ۴-۶ دقیقه بطول انجامد، آسیب مغزی و به دنبال آن مرگ به وقوع خواهد پیوست. دیس‌پنه[6] یا تنگی نفس، عبارت از تنفس دشوار و سخت است.بیمار مبتلا به تنگی نفس، دارای تنفس سطحی و سریع می‌باشد و نگران و مضطرب به نظر می‌آید. افراد مبتلا به تنگی نفس اغلب در وضعیت عمودی یا قائم به راحتی تنفس می‌کنند، تنفس راحت‌تر با این روش را ارتوپنه می‌نامند. در وضعیت نشسته یا ایستاده، بر اثر نیروی جاذبه، احشا به سمت حفرهٔ شکم کشیده شده و از دیافراگم فاصله می‌گیرند. این حالت فضای بیشتری برای انبساط ریه‌ها در قفسه سینه ایجاد می‌کند که سبب می‌شود با هر تنفس، هوای بیشتری وارد ریه‌ها گردد. جدول ۷-۲۴ به توصیف و نمایش الگوهای مختلف تنفسی می‌پردازد.

بررسی تنفس

پرستار؛ ریتم، عمق و تعداد تنفس را از طریق مشاهده (نگاه کردن و گوش دادن) یا از طریق سمع با گوشی بررسی می‌نماید. سایر روش‌های بررسی مؤثر تنفس شامل بررسی نتایج گازهای خون شریانی و استفاده از پالس اکسی‌متری[7] جهت تعیین اکسیژن‌رسانی خون می‌باشد. توضیح پالس اکسی‌متر و روش استفاده آن در فصل ۴۵ شرح داده شده است.

در بررسی تنفس هنگام گرفتن علایم حیاتی، پرستار تعداد تنفس را شمارش می‌کند. روش کار مهارتی ۳-۲۴ چگونگی بررسی تعداد تنفس را شرح می‌دهد. بررسی‌های بیشتر ساختار و عملکرد تنفس در فصل ۴۵ توضیح داده شده است.

تشخیص‌های پرستاری

نمونه‌های تشخیص‌های پرستاری NANDA در مورد تغییرات تنفس در کادر ضمیمه فهرست شده است.

فشار خون[8]

فشار خون عبارتست از نیرویی که از طرف خون بر دیوارهٔ شریان‌ها وارد می‌شود. فشار خون ماکزیمم فشار وارد شده بر دیوارهٔ شریان است این فشار حین انقباض بطن چپ و رانش خون از طریق دریچهٔ آئورت به سمت شریان آئورت در زمان سیستول، اعمال می‌شود. فشار خون به هنگام انقباض بطن بالا رفته و حین استراحت قلب پائین می‌آید. این حالت تداوم در انقباض و استراحت بطن چپ، ایجاد موجی از فشار می‌نماید که به سیستم شریانی منتقل می‌شود (پورت، ۲۰۰۲)، بنابراین بالاترین حد فشار، فشار سیستول[9] نامیده می‌شود. هنگامی که قلب در فاصلهٔ بین ضربان‌ها استراحت دارد (دیاستول)، فشار خون پایین می‌آید، بنابراین پایین‌ترین فشار وارد بر دیوارهٔ شریان‌ها را در این زمان، فشار دیاستول[10] می‌نامند. اختلاف بین دو فشار مزبور را فشار نبض[11] گویند.

فشار خون بر حسب میلی‌متر جیوه (mmHg) اندازه‌گیری شده و به صورت کسر نوشته می‌شود. صورت کسر، فشار سیستول و مخرج آن فشار دیاستول است. به عنوان مثال اگر

1- Tachypnea
2- Bradypnea
3- Morphine
4- meperidine [Demerol]
5- apnea
6- Dyspnea
7- Pulse oximetr
8- Blood pressure
9- Systolic pressure
10- Diastolic Pressure
11- Pulse pressure

جدول ۷ـ۲۴. الگوهای تنفسی

	شرح	الگو	عوامل بوجود آورنده
طبیعی	۱۲ـ۱۲ مرتبه در دقیقه منظم		الگوی طبیعی
تاکی‌پنه	>۲۴ مرتبه در دقیقه سطحی		تب، اضطراب، ورزش، اختلالات تنفسی
برادی‌پنه	<۱۰ مرتبه در دقیقه منظم		دپرسیون مرکز تنفسی در اثر دارو، آسیب‌های مغزی
هایپرونتیلاسیون	افزایش عمق و تعداد تنفس		ورزش‌های سخت و شدید، ترس، کتواسیدوز دیابتیک (تنفس کاسمال)، مصرف بیش از حد آسپرین
هایپوونتیلاسیون	کاهش عمق و تعداد تنفس (نامنظم)		مصرف بیش از حد داروهای بیهوشی یا مخدرها
تنفس شین ـ استوکز	دوره‌های متناوبی از تنفس عمیق و سریع و سپس یک دوره قطع تنفس یا آپنه، منظم		مصرف بیش از حد مواد مخدر، نارسائی قلب، افزایش فشار داخل جمجمه، نارسائی کلیوی
تنفس بیوت Biot's Respiration	تنفس همراه با عمق و تعداد متفاوت، که در پی یک دورهٔ قطع تنفس ایجاد می‌شود، نامنظم		مننژیت، آسیب‌های شدید مغزی

فشار خون ۱۲۰/۸۰ میلیمتر جیوه باشد، ۱۲۰ فشار سیستول و ۸۰ فشار دیاستول را نشان می‌دهد. بنابراین، فشار نبض معادل ۴۰ خواهد بود.

فیزیولوژی فشار خون

جهت حفظ تغذیه بافتی مناسب، تنظیم فشار خون از طریق مکانیزم‌های مختلف صورت می‌گیرد. فشار خون شریانی بطور دائم، با فعالیت‌های روزانه زندگی مانند بلندشدن از صندلی تا حالت ایستادن، ورزش و هیجانات در حال تغییرات جزئی است (پورت، ۲۰۰۲).

دروتی رنفرو، همسر مردی که فشار خون بالا داشت را بخاطر دارید؟ پرستار به هنگام تکمیل برنامه آموزشی جهت خانم رنفرو، به اطلاعات جامع فیزیولوژی در مورد تنظیم فشار خون نیاز داشت.

اتساع و مقاومت عروق محیطی

هنگامی که خون از قلب خارج می‌شود، گردش خود را درون مجموعه‌ای از عروق خونی شامل شریان‌ها، شریانچه‌ها، مویرگها، سیاهرگ‌های کوچک و سیاهرگ‌های بزرگ، بطور پیوسته ادامه می‌دهد. شریانچه‌ها لوله‌های نازک ارتجاعی با قابلیت انبساط یا انقباض هستند که عمل توزیع خون را بین اندامها، بافت‌ها یا سلول‌ها، بسته به نیاز لحظه به لحظهٔ آنها به عهده دارند. بطور طبیعی، شریانچه‌ها در حالت نیمه انقباض هستند که در واقع همان مقاومت محیطی است. مقاومت محیطی، مانعی نسبتاً دائمی برای جریان خون به شمار می‌اید و یکی از عوامل اصلی تأثیرگذار بر فشار خون است.

شریان‌ها به میزان قابل ملاحظه‌ای بافت ارتجاعی دارند که امکان کشیدگی و انبساط را برای آنها فراهم می‌آورد (به آن تطابق‌پذیری[1] گویند). هنگامی که قلب بین دو ضربه استراحت می‌کند، دیوارهٔ شریان‌ها به حالت اولیه برمی‌گردند، در حالی که فشار درون آنها به صفر نمی‌رسد. وضعیت فشار طوری است که به جای فوران و جهش خون، سبب جریان مداوم آن در درون مویرگ‌ها و سیاهرگ‌ها می‌شود. همزمان، شریانچه‌ها نیز مقاومتی اعمال می‌نمایند. به این ترتیب خاصیت ارتجاعی دیوارهٔ شریان‌ها به علاوهٔ مقاومت شریانچه‌ها به حفظ فشار خون در حد طبیعی کمک می‌نمایند. با افزایش سن، قابلیت ارتجاعی دیوارهٔ شریانچه‌ها کمتر شده و در امر کشش و انبساط آنها تغییرات ایجاد می‌شود. همین امر متعاقباً سبب محدود شدن جریان خون مناسب گردیده و به افزایش فشار خون در سیستم عروقی کمک خواهد کرد.

مکانیزم‌های عصبی و مکانیزم هومورال[2]

سیستم عصبی خودکاروواسطه‌ای است برای کنترل مکانیزم‌هایی که عمل حفظ تنظیم کوتاه مدت فشار خون را به عهده دارند.

1- compliance　　2- Humoral

نمونه‌هایی از تشخیص‌های پرستاری NANDA	تغییر در تنفس
تشخیص‌های پرستاری	**عوامل مرتبط**
الگوی تنفسی غیر مؤثر	● اضطراب در مورد روش تشخیصی احتمال بدخیمی ● افزایش فشار داخل جمجمه بدنبال آسیب سر ● زایمان نوزاد در هفته ۲۸ حاملگی از طریق سزارین
اختلال در تبادل گاز	● در پی استنشاق سیگار ایجاد اختلال تنفسی حاد
خطر عدم تحمل فعالیت	● سابقه کشیدن دو پاکت سیگار در روز به مدت ۲۰ سال

این مکانیزم‌ها شامل بارورفلکس[1] سیستم گردش خون و رفلکس‌های واسطه‌ای ـ کمورسپتور[2] می‌باشند همچنین شامل فاکتورهای خارج از سیستم گردش خون نظیر سرما و درد هستند که بر واکنش‌های مربوط به فشار خون تأثیر می‌گذارند. در پاسخ به ایسکمی سیستم عصبی مرکزی (کاهش جریان خون) خلق و خوی و هیجان، ممکن است فشار خون دچار تغییر گردد.

بسیاری از مکانیزم‌های هومورال و مکانیزم‌های هورمونی گوناگون کمک به تنظیم فشار خون می‌نمایند. سیستم رنین ـ آنژیوتانسین ـ آلدسترون[3]، انقباض عروق را کنترل می‌کند که سبب افزایش حجم مایع و فشار خون می‌گردد. هنگامی که هورمون ضد ادراری (ADH[4])، وازوپرسین[5])، از طریق کاهش حجم خون و فشار یا از طریق افزایش اسمولاریتهٔ خون تحریک شود، از بخش خلفی هیپوفیز آزاد می‌گردد در نتیجه به منظور افزایش حجم مایع در گردش، آب حفظ گردیده و در پی آن فشار خون افزایش می‌یابد.

برون‌ده قلبی

مقدار خونی که با هر مرتبه انقباض بطن چپ به بیرون رانده می‌شود، جم ضربه‌ای (SV[6]) نامیده می‌شود. برون‌ده قلبی عبارت از مقدار خون پمپ شده در یک دقیقه است که در یک فرد بزرگسال سالم بطور متوسط ۳/۵ تا ۸ لیتر در دقیقه است. (پورت، ۲۰۰۲). این حجم با استفاده از فرمول زیر تعیین می‌شود:

تعداد ضربان قلب × حجم ضربه‌ای = برون‌ده قلب

بنابراین، برون‌ده قلبی در یک فرد بزرگسال که دارای حجم ضربه‌ای ۷۰ml و تعداد ضربان ۷۰ ضربه در دقیقه می‌باشد. ۴/۹ لیتر در دقیقه است. برون‌ده قلبی بسته به اندازه و نیازهای متابولیکی فرد، تفاوت می‌کند و طی انجام ورزش افزایش و حین خواب کاهش می‌یابد. برون‌ده قلبی ورزشکاران به هنگام انجام بیشترین تمرین ورزشی، به میزان ۳۲ لیتر در دقیقه می‌رسد (پورت، ۲۰۰۲).

به‌هنگام افزایش برون‌ده قلبی، شریان‌ها بیشتر متسع گردیده و منجربه افزایش فشار خون می‌گردد و هنگام کاهش برون‌ده قلبی، فشار خون کم می‌شود. بنابراین عمل پمپاژ ضعیف نسبت به عمل پمپاژ قوی منجربه فشار خون کمتر می‌شود. برون‌ده قلبی در ابتدای مبحث مربوط به نبض شرح داده شده است.

تغییرات فشار خون

مطالعات انجام شده بر روی افراد سالم نشان می‌دهد که فشار خون می‌تواند دامنهٔ وسیعی داشته باشد و یا این همه طبیعی به شمار می‌آید. به دلیل وجود تفاوت‌های فردی قابل ملاحظه آگاهی از فشار خون طبیعی هر فرد خاص حائز اهمیت می‌باشد افزایش یا کاهش فشار خون به میزان ۳۰ـ۲۰ میلیمتر جیوه مهم است حتی اگر در حد طبیعی پذیرفته شده باشد. اگرچه فشار خون به طور دائم در حال نوسان است، اما تغییرات طولانی‌مدت مداوم در حد طبیعی نمی‌باشد. طبقه‌بندی فشار خون در افراد بزرگسال در جدول ۲۴.۸ نشان داده شده است.

عوامل مؤثر بر فشار خون

عواملی که معمولاً سبب ایجاد تغییر در فشار خون می‌گردند در کادر ۲۴.۶ فهرست شده است. از آنجائی که عوامل زیادی بر میزان فشار خون تأثیر دارند. لذا اندازه‌گیری تنها یک بار فشار خون لزوماً نمی‌تواند حائز اهمیت باشد. بنابر پیشنهاد انجمن قلب آمریکا، قبل از تشخیص بالا بودن فشار خون در یک فرد باید بطور متوسط در دو زمان متوالی یا بیشتر مبادرت به اندازه‌گیری فشارخون نمود. اندازه‌گیری فشار خون باید پس از آن که فرد به مدت حداقل ۵ دقیقه استراحت کرد، صورت گیرد، همچنین ۳۰ دقیقه قبل از آن فرد نباید کافئین یا سیگار مصرف کرده باشد.

1- Baroreflex　2- chemoreceptor
3- renin-angiotensin aldosterone
4- Antidiuretic Hormone　5- vasopressin
6- stroke volume

جدول ۸ـ۲۴. طبقه‌بندی مقادیر فشارخون در بزرگسالان (سنین ۱۸ سال و بالاتر)

طبقه	سیستول	دیاستول
طبیعی (در خصوص خطر بیماری قلبی، مناسب‌ترین تعریف بصورت کمتر از ۱۲۰/۸۰ میلیمتر جیوه است)	<۱۲۰	<۸۰
فشار خون بالا		
قبل از پرفشاری	۱۲۰ـ۱۳۹	۸۰ـ۸۹
مرحله یک	۱۴۰ـ۱۵۹	۹۰ـ۹۹
مرحله دو	≥۱۶۰	≥۱۰۰

فشار خون بالا

پرفشاری خون، فشار خون بیش از حد طبیعی و طولانی مدت است. پرفشاری خون، یکی از مشکلات شایع در امر سلامت افراد بزرگسال به شمار می‌آید و عامل اصلی ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی محسوب می‌گردد. بر اساس برآوردها، حدود ۲۵ درصد از افراد بالای ۱۸ سال به پرفشاری خون مبتلا هستند (پورت، ۲۰۰۲). پرفشاری اولیه یا اسانسیل[1]، بالا بودن فشار خون بدون علت مشخص است. در صورتی که علت پاتولوژیک آن مشخص گردد، پرفشاری را ثانویه[2] گویند. پرفشاری خون عامل خطر اصلی در بیماری‌های قلبی است و یکی از مهمترین عوامل خطرزا در ایجاد سکتهٔ مغزی می‌باشد. از آنجا که در پی پرفشاری خون نشانه‌های معدودی وجود دارد، به آن کشندهٔ خاموش[3] گفته می‌شود. حدود ۲۲ میلیون نفر از مردم آمریکا نمی‌دانند که دچار پرفشاری خون هستند (افیلی[4]، ۲۰۰۳).

اساس پرفشاری خون اختلال در عملکرد سیتسم عصبی ـ هورمونی است. فعالیت بیش از حد آنژیوتانسین و آلدوسترون به افزایش فشار خون می‌انجامد. به مرور زمان افزایش مستمر فشار خون منجربه تغییر شکل و سفت و سخت شدن دائمی عروق خونی می‌گردد. در نتیجه، مقاومت محیطی افزایش یافته و در پی آن، افزایش فشار در اندام‌های مرتبط با سیستم عروقی مانند مغز، قلب و کلیه‌ها هم ایجاد می‌شود. اختلالات ایجاد شده در اندام‌های مزبور شامل ضخیم شدن عضله قلب، بزرگی بطن‌ها، نارسائی احتقانی قلب، سکتهٔ قلبی، سکتهٔ مغزی و آسیب کلیوی می‌باشد.

عوامل خطر بسیاری در بروز پرفشاری خون مؤثرند. سابقهٔ خانوادگی پرفشاری، شیوهٔ زندگی کم تحرک، چاقی و تنش‌های مداوم از عوامل خطر عمده می‌باشند. عوامل پرخطر دیگر عبارتند از: کشیدن سیگار، مصرف الکل، مصرف نمک زیاد و رژیم غذائی پرچرب و پرکالری. با وجود این که علت دقیق پرفشاری خون مشخص نشده است، اما در میان سیاهپوستان به میزان ۲ برابر بیشتر از سفیدپوستان بروز می‌کند.

کادر ۶ـ۲۴. عوامل مؤثر بر تغییرات فشار خون در افراد سالم

- **سن:** در افراد سالمند قابلیت ارتجاعی شریان‌ها کاهش یافته و مقاومت محیطی افزایش می‌یابد، بنابراین فشار خون بالا می‌رود.
- **ریتم ۲۴ ساعته:** در طول روز فشار خون دارای نوسانات طبیعی است. صبح‌ها به هنگام بیدار شدن از خواب، فشار خون معمولاً در پایین‌ترین حد خود بوده و تا بعد از ظهر ۱۰ـ۵ میلی‌متر جیوه افزایش پیدا می‌کند و مجدداً طی خواب، بتدریج کاهش می‌یابد.
- **جنس:** زنان تا زمان یائسگی، معمولاً فشار خون پایین‌تری از مردان هم سن خود دارند.
- **صرف غذا:** پس از صرف غذا فشار خون افزایش می‌یابد.
- **ورزش:** به هنگام ورزش و فعالیت شدید، فشار خون سیستول افزایش می‌یابد.
- **وزن:** فشار خون در افراد چاق معمولاً بالاتر از افراد لاغر است.
- **وضعیت‌های هیجانی:** احساسات از قبیل عصبانیت، ترس، هیجان و درد، عموماً سبب افزایش فشار خون می‌شوند اما پس از برطرف شدن موارد فوق فشار خون مجدداً به حالت عادی باز می‌گردد.
- **وضعیت بدن:** میزان فشار خون در وضعیت خوابیده یا دمر نسبت به وضعیت نشسته یا ایستاده کمتر است.
- **نژاد:** نژاد نیز یکی از عوامل افزایش فشار خون (هایپرتانسیون) به شمار می‌آید که در زنان و مردان سیاهپوست آمریکایی، شدیدتر و شایع‌تر است.
- **داروها:** قرص‌های ضد بارداری خوراکی در بسیاری از زنان سبب افزایش خفیف فشار خون می‌گردد.

خانم رنفرو که همسر مردی چاق و با تشخیص پرفشاری خون بود، بخاطر دارید؟ پرستار به هنگام تکمیل برنامه آموزشی جهت خانم رنفرو، به اطلاعاتی جامع در مورد عوامل خطر مختلف در بروز پرفشاری خون، همچنین خطرات وابسته به پرفشاری خون نیاز داشت.

پرفشاری خون را می‌توان توسط تغییر در شیوه‌های زندگی و استفاده از دارو تحت کنترل قرار داد. در طبقه بندی داروهای ضد پرفشاری خون دیورتیک‌ها[5] (کاهش حجم مایع)، بلوکرهای بتا ـ آدرنرژیک[6] (بلوک تحریک سمپاتیک و کاهش برون‌ده قلب)، وازودیلاتورها و بلوک کننده‌های کانال کلسیم[7] (شلی عضلات صاف شریانچه‌ها و کاهش مقاومت عروق محیطی) و

1- essential
2- secondary
3- silentkiller
4- ofili
5- Diuretic
6- beta-adrenergicblocker
7- calcium channel blocker

مهارکننده‌های ACE (پیشگیری از انقباض عروق توسط آنژیوتانسین II و کاهش حجم مایع در گردش از طریق کاهش تولید آلدوسترون) قرار دارند. تغییر در شیوه‌های زندگی نیز شامل پیروی از یک رژیم غذائی کم‌چربی و کم‌کالری، کاهش اضافه وزن و حفظ وزن ایده‌آل، محدود کردن مصرف الکل، ترک سیگار، کاهش مصرف نمک و انجام فعالیت‌های منظم جسمانی است. پرستاران می‌توانند از طریق غربالگری، آموزش و ارجاع به مراکز در سلامت عموم مردم مؤثر می‌باشند.

فشار خون پائین (هیپوتانسیون)

هیپوتانسیون، فشار خون کمتر از حد طبیعی است. فشار خون پائین مداوم (مثل فشار سیستول ۹۰ تا ۱۱۵ میلیمتر جیوه) در بعضی بزرگسالان، مانند ورزشکاران حرفه‌ای طبیعی می‌باشد. فشار خون پائین در بیشتر موارد به علت بیماری است. کم فشاری پاتولوژیک می‌تواند نتیجهٔ گشادی شریانچه‌ها، اختلال در عملکرد قلب از نظر پمپاژ مؤثر بصورت نارسائی قلبی یا کاهش حجم خون (مثل خونریزی) باشد. پرستار باید بررسی‌های مربوط به فشار خون پایین، تاکیکاردی، رنگ پریدگی، عرق فراوان و حالت گیجی را فوراً گزارش نماید.

کم فشاری ارتوستاتیک[1] (وضعیتی) عبارت از کاهش فشار خون همراه با حالت ضعف یا غش است که به هنگام برخاستن و قرار گرفتن به صورت ایستاده (از حالت خوابیده به صورت نشسته، از حالت خوابیده به صورت ایستاده یا از حالت نشسته به صورت ایستاده) ایجاد می‌شود. این امر ناشی از اتساع عروق محیطی بدون افزایش جبرانی برون‌ده قلب است. افراد مسن، بیمارانی که به مدت طولانی در تخت بستری بوده‌اند، افراد دچار کم آبی و بیمارانی که خون قابل ملاحظه‌ای از دست داده‌اند، در معرض خطر کم فشاری وضعیتی قرار دارند. برخی از داروها نظیر میریدین هیدروکلراید (دمرول)[2] سبب کم فشاری می‌گردند.

با برخاستن و جابجا شدن آهسته می‌توان از بروز این نوع کم فشاری به ویژه پس از یک دوره استراحت طولانی‌مدت، پیشگیری نمود. وقتی که پس از عمل جراحی بیمار باید راه برود، پرستار باید ابتدا سر تخت او را بالا آورده، سپس به مدت چند دقیقه برای بررسی وضعیت سرگیجه و حالت غش، بیمار را در لبهٔ تخت به وضعیت نشسته (که به اصطلاح آویزان کردن نامیده می‌شود) می‌گذارد، پس از آن او را به حالت ایستاده قرار می‌دهد. اگر بیمار دچار سرگیجه یا غش گردید باید او را به تخت برگرداند و در حالت خوابیده قرار داده تا جریان خون مغز حفظ گردد. جهت چگونگی بررسی کم فشاری وضعیتی به راهنمای مراقبت پرستاری ۳ـ۲۴ رجوع کنید.

راهنمای مراقبت‌های پرستاری ۳ـ۲۴.
بررسی کم فشاری وضعیتی

اگر کم فشاری وضعیتی پیش آمد دستورالعمل زیر را باید بکار گرفت:
- از بیمار بخواهید به مدت ۳ تا ۵ دقیقه در وضعیت خوابیده قرار گیرد و نبض و فشار خون او را کنترل کنید.
- به بیمار کمک کنید تا در وضعیت نشسته قرار گیرد. پس از گذشت یک دقیقه نبض و فشار خون او را کنترل کنید.
- به بیمار کمک کنید تا در وضعیت ایستاده قرار گیرد. پس از گذشت یک دقیقه نبض و فشار خون او را کنترل کنید.
- یافته‌های خود را پس از هر وضعیت ثبت کنید. افزایش به میزان ۴۰ ضربه در تعداد نبض یا کاهش فشار خون به میزان ۳۰ میلیمتر جیوه غیر طبیعی محسوب می‌شود.

بررسی فشار خون

پرستار برای بررسی دقیق فشار خون، وسایل مناسبی که استفاده می‌کند، محلی که انتخاب می‌کند و چگونگی توصیف صداهائی که می‌شنود را باید بداند.

وسایل

فشار خون را می‌توان با انواع وسایل مختلف بررسی کرد. معمول‌ترین وسایلی که پرستار برای بررسی فشار خون استفاده می‌کند گوشی[3] و فشارسنج[4] است. همچنین فشار خون را می‌توان با وسایل خودکار یا الکترونیکی و با گوشی اولتراسوند داپلر (در مبحث نبض توضیح داده شده است) و یا از طریق لمس اندازه‌گیری و برآورد نمود.

اصلاح و تعمیر وسایل مورد استفاده برای اندازه‌گیری فشار خون باید به نحوی مطمئن و به خوبی صورت پذیرد. همچنین کارکرد آنها باید مناسب و صحیح باشد تا از اندازه‌گیری‌های اشتباه ممانعت به عمل آید. هر زمان دقت وسیله‌ای مورد شک و سؤال است بسته به ضرورت باید کنترل، تعمیر و اصلاح شود. یا وسیلهٔ دیگری جایگزین وسیله قبلی گردد. اگر جیوه از مانومتر به بیرون بریزد باید به عنوان ماده‌ای خطرناک که بر زمین ریخته در نظر گرفته شده و به مراجع معتبر اطلاع داده شود.

دستگاه فشارسنج

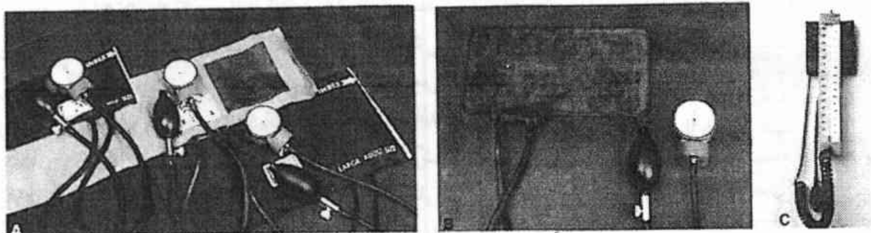
دستگاه فشارسنج برای اندازه‌گیری فشار خون مورد استفاده قرار می‌گیرد و شامل بازوبند و مانومتر است (شکل ۴ـ۲۴). بازوبند دارای کیسهٔ لاستیکی صاف وبدون منفذ است که با

1- orthostatic (postural)

2- meperidine hydrochloride (demerol)

3- stethoscope

4- sphygmomanometer



شکل ۴ـ۲۴. انواع و اندازه‌های مختلف دستگاه فشار سنج

پارچه پوشیده شده است. برای اندازه‌گیری فشار خون دقیق، انتخاب بازوبندی با عرض مناسب (از نوزادی تا بزرگسالی) اهمیت دارد. عرض بازوبند باید در حدود ۴۰ درصد بازوئی را که استفاده شده است، بپوشاند. کیسه هوای درون بازوبند نیز باید تقریباً دوسوم بازوی فرد بزرگسال و تمام بازوی بچه‌ها را بپوشاند. اگر عرض بازوبند کم باشد، فشار خون به اشتباه بالا خوانده می‌شود زیرا فشار به طور یکنواخت به شریان منتقل نمی‌گردد. این حالت زمانی اتفاق می‌افتد که به عنوان مثال از بازوبندی با اندازه متوسط برای فردی چاق استفاده شود.

خانم رنفرو همسر مردی که مبتلا به پرفشاری خون و چاقی بود، به یاد آورید. پرستار باید به خانم رنفرو هشدار دهد تا وی از دستگاه فشار سنجی با اندازهٔ مناسب برای اندازه‌گیری فشار خون همسرش استفاده کند. وگرنه ممکن است به دلیل قرائت مقادیر اشتباه، اقدامات کنترل کنندهٔ نامناسبی صورت گیرد یا به تصور کنترل شدن فشار خون، نوعی احساس امنیت و آرامش خاطر کاذب بوجود آید.

اگر عرض بازوبند زیاد باشد (مثلاً استفاده از بازوبند بزرگسالان برای کنترل فشار خون کودکان) فشار خون به اشتباه پائین خوانده خواهد شد چون فشار بطور نامناسب بر روی سطحی وسیع پخش می‌شود. در جدول ۹ـ۲۴ توصیه‌های مربوط به انتخاب بازوبند مناسب با اندازه فرد ارائه گردیده است.

بازوبندها بسته به نوع محصول ممکن است یک بار مصرف یا قابل استفاده مجدد باشند. بازوبندها طوری دور بازو بسته می‌شوند که روی هم قرار گیرند مثل نایلون فابریک که توسط قلاب یا ولکرو به دور خودشان بسته می‌شوند. بعضی از بازوبندهای بلند چندین دور به درو بازو بسته می‌شوند. کیسه هوای درون بازوبند دارای دو لوله است که یکی به مانومتر و دیگری به پمپی که مختص باد کردن کیسه است، متصل می‌گردد. کیسه به اندازه‌ای باد می‌شود که برای انسداد جریان خون در داخل شریان کافی باشد. سوپاپ سوزنی شکل روی پمپ سبب می‌شود، حین خواندن فشار، باد بازوبند خالی شود.

مانومتر جیوه‌ای، دارای یک سیلندر یا لولهٔ حاوی جیوه است که برحسب میلی‌متر درجه‌بندی شده است. هنگامی که جیوه در طول لوله بالا می‌رود، بالاترین سطح آن انحناء محدبی شکل پیدا می‌کند که به آن منیسکوس[1] گفته می‌شود. در صورتی که فشار خون با فشارسنج جیوه‌ای کنترل شود، قلهٔ منیسکوس در لولهٔ مدرج، نشان‌دهندهٔ فشار خون خواهد بود. اگر منیسکوس بالاتر از سطح چشم مشاهده شود، فشارخون خوانده شده بیش از حد واقعی خود خواهد بود. اگر منیسکوس پائین‌تر از سطح چشم باشد، فشار خون کمتر از حد واقعی خوانده خواهد شد. نوع دیگر مانومتر، عقربه‌ای است. این نوع مانومتر نیز دارای بازوبندی است که به صفحه‌ای گرد و مدرج و عقربه‌دار متصل می‌باشد. عقربه، فشار را نشان می‌دهد.

کنترل فشارخون بااستفاده از دستگاههای غیرتهاجمی

دستگاه الکترونیکی کنترل فشار خون، ارتعاشات داخل دیوارهٔ شریان را احساس نموده و ضمن ثبت فشار خون آن را به صورت اعداد دیجیتالی نشان می‌دهد (شکل ۵ـ۲۴). با این دستگاهها همچنین می‌توان اندازه‌گیری تعداد نبض، پالس اکسی‌متری و میزان دما را انجام داد.

اولتراسوند داپلر

فشار خون را می‌توان با استفاده از دستگاه اولتراسوند یا داپلر که قادر به تقویت صدا می‌باشد نیز اندازه‌گیری کرد. این روش به ویژه زمانی که اصوات نامشخص بوده یا با گوشی پزشکی معمولی قابل شنیدن نیستند، می‌تواند مفید باشد. به راهنمای مراقبت پرستاری ۱ـ۲۴ رجوع کنید.

1- meniscus

جدول ۹ـ۲۴. اندازه‌های توصیه‌شده کیسه‌هوا (به سانتیمتر) برای بازوهای با اندازه مختلف

بازوبند	عرض کیسه هوا (cm)	طول کیسه هوا (cm)	اندازه متوسط دور بازو در نقطه میانی (cm)
نوزاد تازه متولد شده	۳	۶	۶>
نوزاد	۵	۱۵	۶ـ۱۵
کودک	۸	۲۱	۱۶ـ۲۱
بالغین جوان	۱۰	۲۴	۲۲ـ۲۶
بزرگسالان	۱۳	۳۰	۲۷ـ۳۴
بزرگسالان پیر	۱۶	۳۸	۳۵ـ۴۴
ران افراد بزرگسال	۲۰	۴۲	۴۵ـ۵۲

اندازه‌گیری مستقیم به روش الکترونیکی

فشار خون را می‌توان مستقیماً با وارد کردن یک سوند ظریف به داخل شریان (در مسیر و لاین شریان) اندازه‌گیری کرد. سر سوند فشار را احساس نموده و این اطلاعات را به ماشین انتقال می‌دهد، سپس فشار سیستول به شکل موج نشان داده می‌شود. این روش منحصراً در عرصه مراقبت ویژه استفاده می‌گردد.

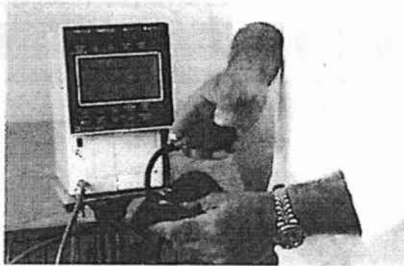
بررسی محل‌ها و روش‌های کنترل فشار خون

پرستار با گوش دادن اصواتی خاص که صداهای کورتکف(۱) نامیده می‌شوند، فشار خون را مورد بررسی قرار می‌دهد. اگرچه مکان‌های متفاوتی برای بررسی فشار خون می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد اما بطور معمول از شریان بازوئی و شریان پشت زانو استفاده می‌شود.

صداهای کورتکف

مجموعه صداهایی که پرستار حین اندازه‌گیری فشار خون می‌شنود، صداهای کورتکف نام دارد که در جدول ۱۰ـ۲۴ شرح داده شده است. در برخی افراد بزرگسال هر کدام از این اصوات مشخص و متمایز هستند. در حالی که در بعضی دیگر تنها شروع و پایان صدا شنیده می‌شود. برای ثبت اصوات مربوط به فشار خون، همچنین تداوم و ثبت اندازه‌گیری‌های بعمل آمده، تعیین خط مشی هر مؤسسه دارای اهمیت می‌باشد.

اولین صدای شنیده شده در گوشی، که در واقع شروع مرحلهٔ I می‌باشد نمایانگر فشار سیستول است که به عنوان اولین شماره در صورت کسر ثبت می‌گردد. به عنوان مثال اگر میزان فشار خون ۱۲۰/۸۰ میلی‌متر جیوه باشد، ۱۲۰ فشار سیستول است. دومین عدد (که در این مورد ۸۰ بوده است) که فشار دیاستول را نشان می‌دهد، در واقع قطع یا تغییر صداهای واضح و رسا می‌باشد. این وضعیت در مرحلهٔ ۴ یا ۵ پدید می‌آید.



شکل ۵ـ۲۴

فشار خون معمولاً با دو شماره به صورت کسر ثبت می‌شود، شماره پائین کسر نشان دهندهٔ تغییر صدا یا آخرین صدای قلبی شنیده شده است. انجمن قلب آمریکا توصیه می‌کند هنگامی که هر دو صدا یعنی تغییر و قطع صدا با هم شنیده می‌شوند، هر دو مورد ثبت گردد. در این حالت فشار خون به صورت ۱۲۰/۸۰/۶۴ نوشته می‌شود. در صورتی که صدا تا صفر شنیده شد، فشار خون به صورت ۱۲۰/۸۰/۰ ثبت خواهد شد. جهت ثبت فشار خون به صورت هماهنگ در هر مؤسسه آگاهی از روش‌های خاص تعیین شده از سوی این مراکز حائز اهمیت می‌باشد.

کنترل فشار خون از ناحیهٔ شریان بازوئی

روش کار ۴ـ۲۴ چگونگی کنترل فشار خون از طریق شریان بازوئی را با مانومتر جیوه‌ای شرح می‌دهد. پیروی و تبعیت از روش‌های توصیه شده جهت اجتناب از بروز اشتباه‌های رایج که در جدول ۱۱ـ۲۴ ذکر گردیده حائز اهمیت است.

در بررسی فشار خون از ناحیه شریان بازوئی، از دستی که شانت(۲) و فیستول(۳) شریانی ـ وریدی دارد یا راه ورید یبرقرار است نباید فشار خون گرفت. همچنین از دستی که غدد لنفاوی زیر بغل آن برداشته شده یا ماستکتومی شده است نباید فشار خون گرفت زیرا فشار به این نقاط سبب بروز ادم لنفاوی در دست مبتلا می‌گردد.

کنترل فشار خون از ناحیه شریان پشت زانو

وقتی شریان بازوئی بیمار در اختیار نباشد، پرستار می‌تواند فشار خون را با استفاده از شریان پشت زانو از ناحیه پا بگیرد. احتمالاً فشار خون سیستول را در این ناحیه حدود ۴۰ـ۱۰ میلی‌متر جیوه

1- Korotkoff   2- shunt
3- Fistula

جدول ۱۰ـ۲۴. صداهای کورتکف

مرحله	شرح	تصویر
مرحله ۱	این مرحله با وجود نخستین صداهای ضربه‌ای ضعیف اما واضح مشخص می‌گردد که به تدریج بر قدرت آن افزوده می‌شود. نخستین صدای ضربه‌ای فشار سیستول است.	
مرحله ۲	این مرحله با وجود صداهایی خفه و گرفته یا صدایی نظیر عبور از هوا مشخص می‌شود که ممکن است بویژه در افراد دچار پرفشاری بطور موقت محو گردد. از بین رفتن صدا در انتهای مرحله یک و در خلال مرحلهٔ ۲ «وقفهٔ شنوایی» نامیده می‌شود و ممکن است دامنه‌ای برابر با ۴۰ میلی‌متر جیوه را در بر گیرد. ناتوانی در شناخت این وقفه می‌تواند سبب اشتباهات جدی در درک فشار سیستول یا اضافه برآورد کردن فشار دیاستول گردد.	
مرحله ۳	این مرحله با وجود صداهایی واضح و رسا مشخص می‌گردد که ناشی از حرکت نسبتاً آزادانه خون در درون شریانی است که به میزان زیادی گشاد شده است.	
مرحله ۴	این مرحله با وجود صداهایی واضح اما گرفته و تند با کیفیت دمشی و نرم مشخص می‌شود. در بزرگسالان، شروع این مرحله اولین شکل دیاستول در نظر گرفته می‌شود.	
مرحله ۵	آخرین صدایی که قبل از یک دوره سکوت مداوم شنیده می‌شود، فشاری که در آخرین سمع شنیده می‌شود در واقع اندازه گیری دومین صدای دیاستول است.	

بیشتر نشان می‌دهد و به تبع آن فشار دیاستول هم بیشتر خواهد بود. در راهنمای مراقبت پرستاری ۴ـ۲۴ روش کار کنترل این نوع فشار خون فهرست شده است.

کنترل فشار خون از طریق لمس

گاهی اوقات به روش بررسی فشار خون از طریق لمس، روش تشخیص حسی نیز اطلاق می‌شود. این روش تنها به دستگاه فشارسنج نیاز دارد. بازوبند بالاتر از نقطه‌ای که ضربان در شریان ناپدید می‌شود به میزان ۳۰mmHg بالاتر از آن از هوا پر می‌گردد. هنگامی که هوا از بازوبند خارج می‌شود، پرستار بازگشت نبض را حس خواهد کرد. معمولاً فشار دیاستول ثبت نمی‌شود زیرا مادامی که خون در شریان جریان داشته باشد، ضربان ادامه پیدا می‌کند. برخی بیماران در خانه از این روش برای کنترل فشار خون خود استفاده می‌نمایند. هرچند به جای لمس شریان می‌توان به فشار روی مانومتر که شروع و پایان آن با لرزش مشخص می‌شود توجه کرد.

راهنمای مراقبت‌های پرستاری ۴ـ۲۴.
بررسی فشار خون از پا

- در صورت امکان بیمار را در وضعیت دمر قرار دهید. در صورتی که این وضعیت امکان‌پذیر نسبت بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده قرار دهید و زانوهای او را کمی خم کنید.
- جهت بررسی دقیق فشار خون از کاف فشارسنجی که به این منظور ساخته شده استفاده کنید یا اینکه کاف به اندازهٔ کافی بزرگ باشد.
- کاف را ۲/۵ سانتیمتر (یک اینچ) بالاتر از شریان زانو ببندید بطوری که کیسه هوا بر روی قسمت خلفی وسط ران قرار گیرد.
- همان روش کاری که در کنترل فشار خون از شریان بازو انجام دادید، بکار گیرید.

تشخیص‌های پرستاری

مثال‌هایی از تشخیص‌های پرستاری NANDA در مورد تغییرات فشار خون در خانهٔ ضمیمه فهرست شده است.

نمونه‌هایی از تشخیص‌های پرستاری NANDA	تغییر در فشار خون
تشخیص‌های پرستاری	**عوامل مرتبط**
کاهش برون‌ده قلبی	● از دست دادن خون قابل ملاحظه همراه با هیپوولمی ● سکته قلبی همراه با آسیب به ضربان‌ساز قلبی
حفظ سلامتی غیر مؤثر	● کمبود منابع مالی جهت پیگیری مراقبت پزشکی در مورد مسئله پرفشاری خون
کنترل رژیم درمانی مؤثر	● ماندن فشار خون در محدودهٔ طبیعی به مدت ۶ ماه
خطر افتادن	● سابقهٔ افتادن، سن (۸۶ سال) و وجود کم فشاری وضعیتی

جدول ۱۱-۲۴. اشتباهات در اندازه‌گیری فشار خون و علل مؤثر بر آن

اشتباه	علل مؤثر
اشتباهات در پایین نشان‌دادن فشار خون	● اختلال شنوائی ● سر و صدای محیط ● مشاهدهٔ منیسکوس از بالای سطح چشم ● استفاده از بازوبند خیلی عریض ● گذاشتن نادرست گوشی در گوش ● استفاده از لوله‌های ترک خورده یا دارای پیچ و تاب ● باز کردن سریع پیچ پمپ ● گذاشتن گوشی در ناحیه‌ای دورتر از شریان ● باد نکردن بازوبند تا میزان ۳۰-۲۰ میلی‌متر جیوه بالاتر از ناحیه محو نبض
اشتباهات در بالا نشان دادن فشار خون	● استفاده از مانومتری که در نقطهٔ صفر تنظیم نشده ● کنترل فشار خون بلافاصله پس از ورزش ● مشاهدهٔ منیسکوس از پائین سطح چشم ● استفاده از بازوبند کم عرض ● باز کردن بسیار آهسته پیچ پمپ ● دوباره باد کردن کیسه هوا هنگام گوش دادن

آموزش علایم حیاتی در مراقبت از بیماران در خانه

بیمارانی که در منزل هستند نیاز به کنترل درجه حرارت، نبض و فشار خون خود دارند. راهنمای ۲-۲۴ تحت عنوان آموزش جهت ارتقاء سلامت در خانه می‌باشد که آموزش خود ارزیابی و مراقبت از وسایل را مطرح کرده است.

■ تقویت مهارتهای تفکر پویا

۱- نبض خود را چند مرتبه در روز اندازه بگیرید. مثلاً هنگام بیدار شدن از خواب، قبل و بعد از خوردن غذا و قبل از انجام ورزش. تعداد، ریتم و کیفیت نبض را یادداشت کنید. چه تغییراتی مشاهده می‌نمائید؟ دلایل منطقی فیزیولوژیکی در بروز این نوع تغییر چیست؟

۲- افرادزیر را در نظر گرفته و تفاوت‌های قابل پیش‌بینی در یافته‌های مربوط به علایم حیاتی آنها، همچنین دلایل فیزیولوژیکی بروز این تفاوت‌ها را شرح دهید:

- نوجوانی که در دمای ۹۵ درجه فارنهایت، اولین تمرینات خود را در رشتهٔ فوتبال انجام می‌دهد.
- نوزادی که مبتلا به عفونت گوش می‌باشد.
- زن جوانی که پس از تجاوز، به بخش اورژانس آورده شده است.
- مرد میانسالی که در تصادف اتومبیل دچار خونریزی و آسیب‌دیدگی جدی شده است.
- زن مسنی که ۹۲ سال سن دارد.

آموزش ارتقاء بهداشت در خانه ۲-۲۴
کنترل درجه حرارت، نبض و فشار خون توسط بیمار

عنوان بهداشتی	توصیه آموزشی	چرا مهم است؟
گرفتن درجه حرارت	● درجه حرارت را می‌توان با کمک دماسنج شیشه‌ای، دماسنج‌های یک بار مصرف یا نوارهای حساس به حرارت، اندازه گرفت.	
	● در مواردی که برای بزرگسالان از دماسنج شیشه‌ای استفاده می‌شود، درجه حرارت معمولاً از راه دهان کنترل می‌گردد. این نکته حائز اهمیت است که گرفتن درجه حرارت حداقل ۳۰ دقیقه پس از خوردن غذا یا آشامیدن مایعات گرم یا سرد، یا کشیدن سیگار، صورت گیرد. برای کنترل درجه حرارت بدن نوزادان و کودکان یا باید از نوارهای حساس به حرارت و گذاشتن آن بر روی پیشانی استفاده کرد و یا دماسنج‌های یک بار مصرف را بکار برد و دما را از ناحیه زیر بغل کنترل نمود (گودی زیر بغل)	با این کار از دقت و صحت اندازه‌گیری به عمل آمده اطمینان حاصل می‌گردد. در نوزادان و کودکان درجه حرارت از راه مقعد گرفته نمی‌شود زیرا خطر آسیب به نواحی مقعد وجود دارد.
	دماسنج شیشه‌ای را تکان دهید طوری که جیوه به طرف مخزن انتهای دماسنج حرکت کرده و تا زیر ۹۸ درجه فارنهایت (۳۶/۵ درجه سانتیگراد) پایین آید. برای دیدن جیوه، طرفین جانبی دماسنج را در مقابل سطح چشم قرارداده و آن را حول محور خود بچرخانید طوری که جیوه قابل رویت شود. در مقیاس فارنهایت هر کدام از خطوط طویل‌تر معادل یک درجه و خطوط کوتاهتر برابر با $\frac{۲}{۱۰}$ درجه است و در مقیاس سلسیوس خطوط طویل‌تر معادل نیم درجه و خطوط کوتاه‌تر برابر $\frac{۱}{۱۰}$ درجه می‌باشد.	با گرفتن درجه از دقت آن اطمینان حاصل می‌کنید.
	● دماسنج شیشه‌ای را در بخش کناری زیر زبان و در عقب‌ترین قسمت ممکن قرار داده و لبها را ببندید. وقتی که دماسنج در دهان قرار دارد، صحبت نکنید.	
	● بگذارید دماسنج ۳-۲ دقیقه در دهان باقی بماند.	
	● دماسنج را برداشته و نقطهٔ محل قرارگیری جیوه را مشخص کنید. این نقطه نشان دهندهٔ دمای بدن است. اگر دمای بدن بیشتر از ۱۰۰ درجه فارنهایت (۳۷/۷ درجه سانتیگراد) باشد یا دچار نگرانی هستید می‌توانید با مراقبین بهداشتی تماس بگیرید.	برای پیشگیری از انتقال بیماری از یکی از افراد خانواده به سایر افراد، تمیز کردن دماسنج لازم است.
	● دماسنج را با آب گرم و صابون شسته و با آب سرد آب‌کشی نمایید، سپس با دقت آن را خشک کرده و در جایی خشک و تمیز نگهدارید. از دماسنج برای فرد دیگری استفاده نکنید مگر آن که آن را به خوبی و با دقت تمیز کرده باشید. اگر چند نفر از اهل خانه بیمار بوده یا مبتلا به نوعی عفونت باشند، باید دماسنج را در فواصل استفاده از آن با الکل ایزوپروپیل ۷۰٪ شستشو دهید و قبل از استفاده مجدد از دماسنج برای اطمینان از پاک شدن الکل، آن را با آب سرد آبکشی نمایید.	
کنترل نبض	● نبض در مواردی چون مصرف داروهای بالا برنده ضربانات قلب، قبل از مصرف دارو کنترل می‌شود، اما در افرادی که خواهان اطلاع از تأثیر ورزش بر عملکرد قلب خود می‌باشند پس از انجام فعالیت‌های ورزشی اندازه‌گیری می‌گردد.	
	● برای گرفتن بنض، نگاه کردن به ساعت دارای ثانیه شمار ضروری است.	
	● برای کنترل نبض، یکی از دستهای خود را به روی سطحی سخت و محکم قرار دهید طوری که کف دست رو به بالاباشد. با نوک انگشت میانی دست دیگر خود، قسمت بیرونی دست، درست زیر مچ را به آرامی لمس نمائید. انگشتان را محکم فشار ندهید. به محض آنکه نبض لمس شد به ثانیه شمار ساعت نگاه کرده زمانی که به عدد ۱۲ رسید شمارش را آغاز نمائید (هر عددی را می‌توان انتخاب کرد اما عدد ۱۲ راحت‌تر به خاطر سپرده می‌شود). شمارش نبض را به مدت یک دقیقه ادامه دهید (یعنی وقتی که ثانیه شمار دوباره به عدد ۱۲ رسید) و عدد بدست آمده را یادداشت کنید.	اگر نبض خیلی تند یا کند یا نامنظم می‌زند یا در صورتی که نگران هستید با مراقبین بهداشتی تماس بگیرید.
کنترل فشار خون	● فشار خون اغلب به این منظور گرفته می‌شود که عملکرد داروها در کنترل پرفشاری مورد ارزیابی قرار گیرد. فشار خون را معمولاً هفته‌ای یک بار اندازه‌گیری می‌نمایند. مطالعه بر روی چندین اندازه ثبت شده فشار خون در مقایسه با فشار خونی که تنها یک نوبت اندازه‌گیری شده، اهمیت بیشتری دارد.	اگر فشار خون بیش از ۱۰ میلی‌متر جیوه کاهش یا افزایش داشت و یا در صورت وجود نگرانی با مراقبین بهداشتی تماس بگیرید.
	● فشار خون را در خانه می‌توان با کمک وسایل کنترل فشار خون یا با استفاده از وسایل مکانیکی موجود در داروخانه‌ها اندازه گرفت.	
	● اگر دستگاه اندازه‌گیری فشار خون در خانه موجود باشد باید از تناسب اندازهٔ بازوبند با کارکرد صحیح اجزای دستگاه اطمینان حاصل نمائید. هنگام گرفتن فشار خون باید فرد در وضعیت نشسته و راحت قرار گرفته و دست او را بر روی سطحی سفت قرار دهید تا تکیه گاه داشته باشد.	برای ثبت متوالی اندازه‌گیری‌های بعمل آمده باید از همان وسیله یا دستگاه اولیه استفاده کرد.

فصل ۲۶

ایمنی، امنیت و آمادگی در موارد اورژانس

مریم حسین‌زاده



کاراگرین وود، نمایندهٔ دانش‌آموزان کلاس سوم دبیرستان و مشاور دوستان هم سن و سال و هم تراز خود است که برای معاینهٔ روتین به یکی از مراکز بهداشتی منطقه‌ای مراجعه می‌کند. وی در خلال مصاحبه اظهار می‌دارد:
«مشاور راهنما و تعدادی از دوستانم از من خواسته‌اند تا یک سخنرانی پیرامون خطراتی که نوجوانان با آنها روبرو هستند برای همکلاسی‌ها ترتیب دهم. البته می‌دانم که در حال حاضر همه در مورد تروریسم نگران هستند اما می‌خواهم مطمئن شوم که در مورد دیگر موضوعات مربوط به ایمنی هم صحبت به میان می‌آید.



بسی واشینگتن، زن ۷۷ ساله‌ای است که اخیراً پس از یک حملهٔ مغزی (حادثهٔ مغزی ـ عروقی) ترخیص شده و به خانه بازگشته است. وی تنها در یک آپارتمان کوچک یک خوابه زندگی می‌کند و برای راه رفتن از واکر استفاده می‌نماید. او چنین اظهار می‌دارد: «من چیزهای زیادی را در این آپارتمان کوچک جا داده‌ام. امروز صبح وقتی می‌خواستم از اتاق خواب به آشپزخانه بروم داشتم تقریباً زمین می‌خوردم.»



جوانیتافلورز، مادر جوان دختر ۱ ساله‌ای است که تشخیص نارسایی رشد برای وی داده شده و در حال حاضر تحت درمان با یک برنامهٔ تغذیه‌ای ویژه می‌باشد. جوانیتا، کنار تخت دختر خود نشسته است و پاهای وی در حالت آویزان حدود ۱ پا بالاتر از سطح زمین قرار دارند، هنگامی که جوانیتا برمی‌گردد تا چیزی از داخل کیف خود بردارد، کودک از روی تخت به زمین می‌افتد و با صدای بلند شروع به گریه می‌نماید.

❖ توجه به مهارتهای تلفیقی

انواع مهارتهای تلفیقی که برای پاسخگویی به نمونه‌های مطرح شده به آنها نیاز خواهید داشت عبارتند از:

مهارتهای شناختی

- آگاهی پیرامون نیازهای ایمنی و امنیت تمام گروههای سنی، در مراحل تکاملی مختلف و با وضعیت‌های متفاوت از نظر سلامتی، همچنین مسئولیت‌ها و مراقبت‌های پرستاری مربوطه.
- آگاهی از عوامل مؤثر بر ایمنی و امنیت فردی.
- آگاهی از مسائل و موضوعات ایمنی مربوط به گروههای جمعیتی خاص نظیر والدین، نوجوانان و سالمندان و نیز شرایط وضعیت‌های خاص (مثل خطرات ویژهٔ نوجوانان، خانهٔ شلوغ و در هم و برهم، زمین خوردن در مؤسسات مراقبت بهداشتی).
- آگاهی در مورد منابع در دسترس، جهت بر آورده نمودن نیازهای ایمنی، امنیت و آمادگی در موارد اورژانس.
- آگاهی از اصول و ضوابط آموزش و یادگیری در افراد مختلف نظیر یک فرد نوجوان، زن دارای فرزند نوزاد و زن سالخورده‌ای با مشکلات حرکتی.

مهارتهای فنی

- توانایی در استفادهٔ صحیح وسایل و روشهای ضروری جهت شناسایی و پاسخ به مشکلات ایمنی.
- توانایی تغییر و تعدیل تکنیک‌ها و روشهای کار بر مبنای مرحلهٔ تکاملی بیمار
- توانایی ثبت مناسب اطلاعات هنگامی که ایمنی به مخاطره افتاده است.

مهارتهای بین فردی

- توانایی در برقراری ارتباط و تعامل مؤثر با اعضای تیم مراقبت بهداشتی، افراد و گروهها جهت افزایش آگاهی در مورد مسائل ایمنی و اقدامات پیشگیری کننده.
- توانایی ایجاد و حفظ محیط‌های کاری ایمن و بی خطر.
- توانایی برقراری رابطه‌ای توام با اعتماد با بیماران، خانواده‌ها و گروههای جامعه به عنوان پایه‌ای در آموزش و مشاوره.
- توانایی تشویق افراد و گروهها به آماده‌سازی خود برای موارد اورژانس بدون ایجاد ترس و دلهرهٔ بی‌مورد در آنها.
- آگاهی از محدودیت‌های خود و رغبت و تمایل به دریافت کمک در مورد لزوم

مهارتهای اخلاقی و قانونی

- آگاهی از اصول و ضوابط اخلاقی و قانونی مراقبت از بیمار.
- تعهد نسبت به ایمنی بیمار و کیفیت مراقبتها، همچنین توانایی گزارش سریع وضعیت‌های مشکل آفرین.
- احساس قوی مسئولیت و پاسخگویی نسبت به سلامت و بهداشت بیماران در مراحل مختلف تکاملی و با نیازهای متفاوت.
- توانایی ثبت حوادث و سوانح مطابق با خط مشی مؤسسه (گزارش وقایع)
- تمایل به حفظ و تداوم مسئولیت‌پذیری همکاران نسبت به ایمنی و کیفیت عملکردها.

❖ برآیندهای یادگیری

پس از مطالعهٔ این فصل، دانشجو باید بتواند موارد زیر را انجام دهد:

۱ـ عواملی که بر ایمنی محیط فرد تأثیر می‌گذارد را مشخص نماید.

۲ـ بیماران در معرض خطر صدمه را شناسایی نماید.

۳ـ عوامل خطر خاص ایمنی را با توجه به تکامل فرد شرح دهد.

۴ـ جهت بیماران در وضعیت‌های ناامن، تشخیص‌های پرستاری انتخاب نماید.

۵ـ اقدامات اصلی مربوط به کمک‌های اولیه را شرح دهد.

۶ـ روشهای پیشگیری در مورد کاهش خطر صدمه در منزل را شرح دهد.

۷ـ تدابیر آموزش سلامتی در پیشبرد ایمنی هر سن تکاملی را توصیف نماید.

۸ـ تدابیر پرستاری که بر پیشگیری از صدمه بیمار در مراکز مراقبتی مؤثر است را شرح دهد.

۹ـ روشهای دیگری را که می‌توان به جای مهارکننده‌های حرکتی مورد استفاده قرارداد شناسایی کند.

۱۰ـ پیرامون ضایعه موجود جهت تدوین و ارزیابی یک برنامه کنترل اورژانس تحقیق و بررسی نماید.

۱۱ـ به ارزیابی میزان اثربخشی اقدامات و تدابیر ایمنی بپردازد.

واژه‌های کلیدی

● اختناق	asphyxiation	● گزارش حادثه	incident report
● بیوتروریسم	bioterrorism	● تروریسم هسته‌ای	nuclear terrorism
● تروریسم شیمیایی	chemical terrorism	● مرکز کنترل مسمومیت	poison control center
● فاجعه	disaster	● مهارت کننده‌های حرکتی	restraint
● زمین	ground		

یکی از نیازهای اساسی بشر ایمنی و امنیت است. ایمنی یا رهایی از خطرات و صدمات، دلواپسی است که در تمام مراقبت‌های پرستاری وجود دارد و مسئولیت ایمنی بیمار بر عهدهٔ تمام افراد مراقبین سلامتی می‌باشد. یکی از اصول مهم در تمام مراکز خدمات درمانی و منزل، محل کار و جامعه، رعایت ایمنی است. گرچه در تمام گروههای سنی موارد ایمنی کلی و عمومی می‌باشد اما در هر مرحله از تکامل زندگی، ملاحظات ایمنی منحصر به فرد می‌باشد.

با وجود آنکه انسان در طول زندگی خویش مرتباً از خطرات آگاه می‌گردد، باز هم صدمات و مرگ ناشی از تصادف با اتومبیل، سقوط، آتش‌سوزی، خفگی و مسمومیت‌ها وجود دارند. رفتار خشونت‌آمیز و عواقب بعدی آن به عنوان یک نگرانی ایمنی عمومی مشخص مطرح می‌باشد. اغلب این صدمات و مرگ و میرها با آگاهی و توجهات ایمنی قابل پیشگیری می‌باشند. جهت ایجاد محیط امن و مطمئن لزوم آگاه شدن از خطرات بالقوه با توجه به سطح رشد و تکامل افراد وجود دارد. مطالعات مختلف این مسئله را نیز تأیید می‌کند، بطور مثال خانم‌های حامله‌ای که دارو و الکل مصرف می‌کنند یا سیگار می‌کشند با رساندن این ماده به جنین خویش اثرات سویی بر رشد و تکامل بچهٔ خود می‌گذارند. پرستار اولین فرد از تیم مراقبتی است که با اینگونه افراد در ارتباط است. تشخیص مشکل ایمنی بسیار اهمیت دارد و بررسی و شناخت پرستاری نقش حیاتی در شناسایی محیط خطر بازی می‌کند.

زمانی که مهارتهای حرکتی کودک توسعه می‌یابد و محیط اطراف آنها گسترده می‌گردد، خطرات بالقوه نیز افزایش می‌یابد که در بسیاری مواقع قابل پیشگیری است. نوجوانان نیز با مصرف الکل و اعتیاد به داروهای مخدر و فعالیت جنسی نامناسب خود را با خطرات بسیار مواجه می‌سازند.

افزایش تعداد نوجوانان باردار یا قربانی تصادفات با اتومبیل در رابطه با مصرف الکل و یا بیماریهای آمیزشی قابل انتقال و خودکشی همگی نتیجهٔ ویران کنندهٔ این نوع رفتارهای ناسالم می‌باشد. سوء رفتار با سالمندان نیز به نحو چشمگیری رو به افزایش نهاده است، حدود ۵٪ کل بزرگسالان سالخورده تحت تأثیر این نوع رفتارها هستند (الیوپولوس ۲۰۰۳)، پرستاران بایستی از خطرات خاصی که گروههای مختلف سنی را تهدید می‌کند آگاهی داشته باشند.

از زمان تلفات عظیم حملات تروریستی ۱۱ سپتامبر ۲۰۰۱، جامعهٔ مراقبتها و خدمات بهداشتی نسبت به لزوم آمادگی برای رویدادهای احتمالی بعدی توجه فزاینده‌ای نشان داده است. پرستاران عضو مهم و حیاتی تمامی تیم‌های اورژانس به شمار می‌آیند و باید در مورد عوامل بیولوژیکی، شیمیایی و رادیواکتیو، همچنین مهارتها و قابلیت‌های مورد نیاز جهت پاسخدهی مؤثر و بی خطر آگاهی کافی داشته باشند.

این فصل اطلاعات عملی در زمینهٔ مسائل ایمنی و امنیت فردی را ارایه نموده و مفاهیم بنیادی کمک‌های اولیه و آمادگی در موارد اورژانس را معرفی می‌نماید. استفاده از فرایند پرستاری، توانایی پرستار را در شناسایی، بررسی، تشخیص و طرح مراقبتی موارد ایمنی در گروههای سنی و در تمام محیطها تسهیل می‌سازد.

عوامل مؤثر بر ایمنی

آگاهی از عوامل ایمنی در محیط به پرستاران این امکان را می‌دهد تا خطرات احتمالی را شناسایی کنند و در جهت پیشبرد سلامتی افراد گام بردارند. جدول ۱ـ۲۶ علل اصلی مرگ و میر ناشی از حوادث در ایالات متحده را نشان می‌دهد.

ملاحظات مربوط به رشد و تکامل

هر سطح از تکامل خطرات خاص مربوط به خود را دارد. پیشبرد ایمنی و پیشگیری از ایجاد صدمه، مسئولیت پرستاران را دو برابر نموده است. پرستار با بیمار یا خانواده تلاش دارند خطراتی که امکان دارد در منزل، جامعه یا مراکز مراقبتی رخ دهند راکاهش یا از بین ببرند. در سطح کشور، پرستاران اورژانس پایگاههایی را

دایر کرده‌اند و با مراجعه به نواحی خطرناک مانع انجام فعالیتهایی می‌شوند که آسیب دیدگی کودکان و خانواده را بدنبال دارند (برناردو، ۲۰۰۲). آموزش در پیشبرد آگاهی فرد از وضعیت‌های خطرزا هرچه سریعتر شروع و در طول زندگی نیز بایستی ادامه یابد. خطرات خاص هر سطح تکاملی و تدابیر پرستاری مناسب در قسمت بعدی فصل بحث خواهد گردید.

نوع و روش زندگی

مشاغل خاص، فعالیت‌های تفریحی و محیط فرد را در موقعیت‌های خطرناک قرار می‌دهد. کارگری که با ماشین‌های صنعتی کار می‌کند، کار در مراکز مخاطره‌آمیز یا تماس با مواد شیمیایی خطر ایجاد صدمه را در فرد افزایش می‌دهد. پرستاران اغلب اوقات در معرض صدمات ناشی از فرورفتن سوزن قرار دارند (پری، جاگر و پارکر ۲۰۰۳). پرستارانی که در اتاق عمل کار می‌کنند مرتب در معرض گازهای جراحی، فراورده‌های لیزر و الکتروجراحی که حاوی مواد شیمیایی هستند قرار دارند. این مواد شیمیایی می‌توانند سبب تحریک دستگاه تنفسی فوقانی شوند (روت راک ۲۰۰۳) سازمان بهداشت و ایمنی شغلی (OSHA)، مشخص نموده که نردبان عامل اصلی آسیب‌دیدگی و مرگ و میر در میان کارگران ساختمانی است و کارگران سالخورده بویژه در معرض خطر صدمات کشنده قرار دارند (پارتریج، ویرک و آنتوزیا ۱۹۹۸). خطرات مربوط به تولید مثل در زنانی که به مدت طولانی در معرض عوامل بیهوشی خاص قرار دارند نیز وجود دارد و عوامل ضد ویروس[1] نیز که در عفونت‌های تنفسی استفاده می‌شود در کودکان و نوزادان ممکن است مضر باشد و تکامل جنین را به خطر اندازد (پیلی‌تری ۱۹۹۹). قرار داشتن در معرض سروصدای زیاد (مثل محل‌های ساخت و ساز و صدای بسیار بلند موسیقی) می‌تواند منجربه کاهش شنوایی گردد. OSHA، خطرات و استانداردهای مربوط به پیشگیری صدمات جدی و بیماریها و اختلالات اسکلتی عضلانی مربوط به کار ناشی از حرکات تکرار کننده را مشخص نموده است. کمردرد و سندرم carpol tunnel در اثر حرکات مکرر مربوط به کار ایجاد می‌شود. برخی افراد ذاتاً بیشتر مستعد خطر بوده و خود را به مخاطره می‌اندازند. قصور در پوشیدن کمربند ایمنی یا پیگیری موارد ایمنی جزء رفتارهای معمول در بعضی از افراد است. تنش نیز ممکن است در ایجاد زندگی ناسالم و ترغیب فرد در روی آوردن به الکل و مواد دخالت داشته باشد. گرچه شناسایی و کنترل محیطهای آلوده بیشتر گردیده است ولی هنوز هم نواحی پرخطر وجود دارد و ممکن است ساکنین این محیطها در معرض خطرات بالقوه قرار داشته باشند. زندگی در مناطقی که جرم و جنایت در آنجا رواج دارد نیز می‌تواند تهدیدی در جسم و روان فرد باشد. خشونت، ستیزه جویی و تروریسم همگی جزیی از زندگی در قرن ۲۱ به شمار می‌آیند. موارد ایمنی مانند قفل نمودن در استفاده از سیستم‌های ایمنی و روشنایی کافی منزل می‌تواند اطمینان را جهت ایمنی افزایش دهد.

حرکت

هرگونه محدودیت حرکتی می‌تواند ناامنی مهمی محسوب گردد. بیمار سالمند با گامهای نااستوار آمادگی افتادن را داشته و ناآشنایی به محیط، مثلاً یک مرکز مراقبت سلامتی، ممکن است مشکل را بیشتر نماید. فرد دچار فلج یا صدمه طناب نخاعی جهت کمترین حرکت نیز به کمک نیاز دارد. گرچه وسایل حمایتی مانند عصا، واکر، و صندلی چرخدار، حرکت فرد را آسان می‌کنند ولی نیاز به آموزش دقیق داشته و فرد باید آمادگی جهت استفاده مطمئن از آنها را داشته باشد.

جراحی اخیر یا بیماری طولانی مدت بطور موقت بر حرکت بیمار اثر نموده و توجهات خاصی در رابطه با جلوگیری از افتادن و صدمه بیمار می‌طلبد. پرستاران بایستی بیمار در معرض خطر ضربه و صدمه را بررسی نموده و اعتماد به نفس وی را با ایجاد محیط امن و مطمئن افزایش دهند.

به شرح ماجرای خانم ۷۷ ساله یعنی بسی واشینگتن بازگردید. خانمی دچار حملهٔ مغزی (حادثهٔ مغزی - عروقی) که تنها در آپارتمانی کوچک زندگی می‌کند و برای راه رفتن به واکر محتاج است. پرستار برای اطمینان از ایمن باقی ماندن بیمار، باید محیط خانهٔ وی را بدقت از نظر وجود خطرات بررسی نماید. بویژه آنکه طبق گفتهٔ بیمار وی تقریباً با مشکل زمین خوردگی مواجه بوده است.

درک حسی

تغییر در درک حسی می‌تواند امنیت فرد را به خطر اندازد. هرگونه صدمه در بینایی، شنوایی، بویایی، مزه یا حس لمس می‌تواند حساسیت به محیط را کاهش دهد. تغییرات بینایی ممکن است سبب لغزش، عدم تعادل و افتادن فرد گردد. نقص شنوایی مانع از ارتباط طبیعی گردیده و ممکن است بیمار هشدارهای ایمنی، بوق اتومبیل و صدای آژیر را نشنیده و نتواند آموزشهای مربوط به مراقبت سلامتی را درک نماید. کاهش توانایی در تشخیص بو نیز

1- Ribavirin

عملکردهای توام با تفکر: به چالش فراخواندن مهارتهای قانونی و اخلاقی

اولین بار دو تابستان پیش جوانیتا فلورز را ملاقات کردم یعنی زمانی که در یک بیمارستان کودکان به عنوان دانشجوی سال آخر پرستاری مشغول به کار بودم. جوانیتا مادر دختر ۱ ساله‌ای بود که با تشخیص نارسایی رشد برای مدتی در بخش توانبخشی بیمارستان اقامت داشت. کودک بسیار کوچک بود و تحت یک برنامهٔ تغذیه‌ای مشخص قرار داشت. یک روز وقتی من هم در اتاق بودم، جوانیتا بر روی لبهٔ تخت دختر خود طوری نشسته بود که پاهایش از لبهٔ تخت آویزان و در فاصلهٔ ۱ پایی سطح زمین قرار داشت. من علائم حیاتی کودک را کنترل می‌کردم. مادر ۱ دقیقه برگشت تا چیزی را از داخل کیف خود بردارد و در همین زمان من نیز برای شستشوی دستها بطرف دستشویی رفتم. ناگهان صدای تالاپ و سپس گریه کودک را شنیدم، کودک بر روی زمین افتاده بود. جوانیتا سعی کرد او را آرام کند، بنابراین کودک را برداشت و در حالی که آرام تکانش می‌داد برایش آواز خواند. اگرچه می‌دانستم این اتفاق به طور کامل تقصیر من نیست اما از اینکه تنها برای چند ثانیه جهت شستن دستها روی خود را از کودک برگرداندم احساس وحشتناکی داشتم، چراکه فقط در همین چند ثانیه کودک روی زمین افتاده بود. اگرچه جوانیتا نیز در اتاق حضور داشت اما با این حال کودک برای چند ثانیه بدون مراقب باقی مانده بود و من در لحظهٔ افتادن وی مراقبش نبودم. تمایل داشتم بلافاصله موضوع را به مربی خود اطلاع دهم و اگر چه می‌دانستم اتفاقی برای کودک نیفتاده اما باز هم عصبی بودم و فکر می‌کردم ممکن است دچار مشکل شوم.

تفکر پیرامون مسئله: عملکردهای احتمالی

- گزارش سریع افتادن بچه به مربی و پذیرش خطر بازخواست وی مبنی بر اینکه چرا روی خود را از کودک برگرداندم.
- موکول کردن گزارش افتادن بچه به ساعات بعدی صبح و عدم توجه زیاد به مسئله
- عدم گزارش رویداد.

ارزیابی یک نتیجهٔ خوب: چطور می‌توان موفقیت را تعریف کرد؟

- بیمار از عملکرد من سود خواهد برد یا لااقل عملکرد من به زیان وی نخواهد بود.
- احترام و توجه متقابل میان دانشجو و مربی حفظ خواهد شد.
- از نظر حرفه‌ای پای‌بندی من به اصول به خطر نخواهد افتاد و سلامت فردی بیمار حفظ خواهد شد.
- خط مشی‌های مؤسسه در مورد گزارش حوادث زیر پا نهاده نخواهد شد.

یادگیری فردی: پیش به سوی آینده!

اگرچه آنچه اتفاق افتاده بود را به مربی گفتم، اما از نحوهٔ کنترل موقعیت توسط خود راضی نبودم چون حادثه را بلافاصله گزارش نکردم، بلکه آن را به نیم ساعت بعد یا بیشتر یعنی زمانی که مربی در اتاق با من تنها بود موکول نمودم. به مربی گفتم کودک صبح هنگام روی زمین افتاده اما حالش بنظر خوب می‌آید. وقتی مربی از من پرسید چرا زودتر به وی اطلاع ندادم، گفتم او را پیدا نکردم و حدس زدم سرش شلوغ است، از طرفی کودک نیز حالش خوب بود و مادرش در کنارش قرار داشت. از برخورد خودم با وضعیت پیش آمده مأیوس و ناامید شدم. اگرچه بابت این پیشامد مورد مواخذه قرار نگرفتم اما در گزارش حادثه افتادن بچه به ثبت رسید. پزشک نیز آمد تا با معاینهٔ کودک از سلامت وی مطمئن شود. مربی بر اهمیت گزارش هرچه سریعتر حوادث و عدم تأخیر در بیان آنها و یا چشم‌پوشی از آنها تأکید کرد. این بار کودک آسیب ندید اما من یاد گرفتم در آینده هر مشکلی را سریع گزارش کنم. افتادن بیماران می‌تواند اثرات و پیامدهای شدیدی بدنبال داشته باشد. پیروی از خط مشی‌های هر مؤسسه جهت گزارش حوادث نیز حائز اهمیت است چراکه بدین ترتیب هم از سلامت بیمار و هم از پایبندی به اصول حرفه‌ای اطمینان حاصل می‌آید.

بازاندیشی

فکر می‌کنید اگر شما در وضعیتی مشابه قرار می‌گرفتید چه عکس‌العملی از خود نشان می‌دادید؟ چرا؟ این رویداد چه نکاتی را در مورد خود شما و کفایت مهارتهایتان در زمینهٔ انجام عملکردهای حرفه‌ای بیان می‌دارد؟ آیا ترس دانشجوی پرستاری می‌تواند عمل وی را توجیه کند؟ لطفاً شرح دهید. در این وضعیت کدامیک از اصول اخلاقی و قانونی نقض شده‌اند؟ یک دانشجوی سال آخر پرستاری باید دارای چه تعهدات و مسئولیت‌هایی باشد؟ آیا به عکس‌العملهای دیگر فکر کرده‌اید؟ پرستار چگونه می‌تواند با همکاری متقابل مادر در جهت پیشبرد ایمنی کودک اقدام نماید؟ برای پاسخدهی مناسب به این وضعیت به چه مهارتهای دیگری (اعم از شناختی، بین‌فردی، فنی، اخلاقی / قانونی) نیاز می‌باشد؟ آیا با معیارهایی که برای ارزیابی نتیجهٔ موفقیت‌آمیز بیان شده موافق هستید؟ فکر می‌کنید این رویداد چگونه بر رابطه میان دانشجوی پرستاری و مربی وی تأثیر می‌گذارد؟ لطفاً شرح دهید.

باعث عدم توجه به نشت گاز یا بوی دود می‌گردد. کاهش در مزه و طعم غذا باعث عادات غلط تغذیه‌ای گردیده یا باعث خوردن غذاهای فاسد می‌شود. بیماری که حس لامسه در وی صدمه دیده باشد ممکن است درجه حرارت بالا را درک ننموده و ایمنی وی به خطر افتد.

دانش و آگاهی

در پیشبرد و حفظ سلامتی، آگاهی از موارد ایمنی و امنیت امری اجتناب‌ناپذیر می‌باشد. یک بیمار به آموزش نیاز دارد، بطور مثال، جهت رعایت صحیح رژیم دارویی یا پیگیری موارد ایمنی، در موقع مصرف اکسیژن نیاز به آموزش وجود دارد، ضروری است.

جدول ۱ـ۲۶. میزان مرگ و میر ناشی از حوادث در ایالات متحده، سال ۲۰۰۰

نوع حادثه	کل مرگ	میزان مرگ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر
تصادف با وسایل نقلیهٔ موتوری	۴۱۸۰۴	۱۵/۲
سلاح گرم و اسلحهٔ کمری	۸۰۸	۰/۳
غرق شدگی	۳۳۴۳	۱/۲
آتش‌سوزی و سوختگی	۳۲۶۵	۱/۲
مسمومیت و تماس با مواد خطرناک	۹۸۹۳	۳/۶
عوارض مراقبتهای پزشکی ـ جراحی	۲۸۸۶	۱/۰۰

در مورد وسایل جدید و روشهای ناآشنا به بیمار یکسری اطلاعات مشخص و معین را داد. بررسی و شناخت پرستاری شامل شناسایی و تشخیص تهدیدات بالقوه محیط می‌باشد.

دوباره، جوانیتا فلورز، مادر جوان کودک ۱ ساله‌ای که از تخت پایین افتاد را به خاطر آورید. برای پیشگیری از بروز آسیب‌دیدگی، آگاهی پرستار از خطرات احتمالی مرتبط با ایمنی نوزادان و راهنمایی مادر در مورد مسائل ایمنی نوزادان ضروری به نظر می‌آید.

توصیه‌های خاص ایمنی در این فصل مطرح گردیده است.

توانایی در برقراری ارتباط

توانایی برقراری ارتباط با دیگران در بسیاری از اعمال ایمنی مهم و حیاتی است. پرستار می‌بایست به هر عاملی که بر توانایی فرد در گرفتن و فرستادن پیام اثر می‌گذارد توجه نموده و حساس باشد. خستگی، تنش و تنیدگی، داروها، عدم تکلم و متفاوت بودن زبان همه از عواملی هستند که در تبادل نظر فردی و درک صحیح فرد از وقایع می‌تواند اثر داشته باشد. بررسی و شناخت دقیق پرستار نه تنها سطح درک بیمار را مشخص می‌سازد بلکه تجربه یک ارتباط مثبت را نیز تسهیل می‌نماید.

وضعیت سلامت

هر عاملی که بر وضعیت سلامت بیمار اثر گذارد می‌تواند بر ایمنی محیط فرد نیز تأثیر گذارد. زمانی که بیمار به بیماری مزمن مبتلا است و یا سلامتی وی تضعیف گردیده است، توجه و تمرکز سلامتی بایستی بر پیشگیری از حوادث و پیشبرد بهبودی و حفظ فرد در یک وضعیت سلامت تأکید داشته باشد. پرستار وقتی از بیماری مراقبت می‌نماید که از سکته بهبودی یافته است بایستی، صدمات عصبی ـ عضلانی بیمار مشخص نموده و به جهت حفظ تعادل حسی به وی آموزش داده و در پیشگیری از افتادن هنگام حرکت او را کمک نماید. بسیاری از بیماران که می‌افتند، بیماری قلبی ـ عروقی اولیه یا ثانویه مثل سکته دارند. در پیشگیری از عوارض و حفظ حداکثر سطح عملکرد، توجه به ایمنی بسیار ضروری بوده و مسئله‌ای مهم در برنامهٔ توان بخشی سکتهٔ مغزی به شمار می‌آید. پرستار می‌بایست حداکثر تلاش خویش را با در نظر گرفتن عوامل ایمنی در بالا بردن توانایی بیمار جهت برگشت حالت سلامت انجام دهد.

بسی واشینگتن را در نظر آورید، زنی که پس از حادثه مغزی ـ عروقی اکنون در خانه به سر می‌برد. پرستار برای تدوین طرح مراقبتی باید علاوه بر عوامل ایمنی از محدودیت‌های حرکتی بیمار هم آگاهی داشته باشد طرح مراقبتی مذکور نیز باید ضمن حفظ ایمنی بیمار، از حداکثر توان و امکانات بیمار استفاده کند.

وضعیت سلامت روانی ـ اجتماعی

وضعیت‌های تنش‌زا منجربه محدود گردیدن توانایی فرد شده و وی را بیشتر مستعد حوادث می‌سازد. تنش ممکن است در یک دورهٔ طولانی رخ دهد، اما اثرات تخریبی آن در سالهای بعد زندگی بیمار، زمانی که وی کمتر ظرفیت تطابق و پذیرش را دارد ایجاد گردد. افسردگی باعث گیجی و عدم هوشیاری فرد گردیده و با کاهش آگاهی یا بی توجهی نسبت به خطرات محیطی همراه می‌باشد. عدم ارتباط اجتماعی یا کناره‌گیری از جامعه بر کاهش سطح تمرکز فرد، اشتباه در قضاوت و کاهش آگاهی نسبت به تحریکات خارجی تأثیر می‌گذارد.

فرایند پرستاری برای حفظ ایمنی

بررسی و شناخت

برای بررسی وشناخت ایمنی، پرستار باید به سه مقوله توجه نشان دهد: فرد، محیط و عوامل خطرزای خاص.

بررسی فرد

بررسی فرد شامل گرفتن تاریخچهٔ پرستاری و انجام معاینات فیزیکی است.

تاریخچهٔ پرستاری

جهت کمک به ایجاد یک محیط امن، پرستار بایستی از هر گونه سابقهٔ قبلی افتادن و سوانح در بیمار به این دلیل که احتمال افتادن دوبارهٔ وی وجود دارد، آگاهی داشته باشد. همچنین به

استفادهٔ بیمار از هر نوع وسایل کمکی (مانند عصا، واکر) و سابقهٔ مصرف الکل و دارو نیز توجه نماید. اغلب افراد خانواده و دوستان بیمار منابع با ارزشی هستند. آگاهی از سیستم‌های حمایتی خانواده و محیط خانه در طرح موارد محافظت سلامتی لازم و ضروری است.

به نظر می‌رسد برخی از افراد بیشتر دچار حادثه می‌شوند. بطور مثال، در بعضی از کودکان تغییر شکل استخوانی ناشی از شکستگی‌های استخوانی ایجاد می‌گردد یا به علت صدمه‌های کوچک نیاز به جراحی پیدا می‌نمایند. در بزرگسالان نیز در هر سنی ممکن است این زمینه وجود داشته باشد. گرچه در موارد استعداد ایجاد حادثه در بعضی از افراد عقاید مختلفی وجود دارد ولی اکثراً معتقدند فردی که قبلاً دچار حادثه شده است احتمالاً نسبت به دیگران در برابر حوادث مستعدتر می‌گردد.

معاینات فیزیکی

در معاینهٔ فیزیکی، پرستار بایستی وضعیت حرکتی، توانایی برقراری ارتباط، سطح آگاهی یا هوشیاری و درک حسی بیمار را نیز بررسی نماید. شناسایی زودهنگام هرگونه خطر بالقوه ایمنی ضروری است. پرستار بایستی هر نوع نشانه‌ای دال بر مشاجرات خانوادگی یا غفلت و بی‌مبالاتی را مشخص نماید. فصل‌های ۴ و ۱۹ در مورد مشاجرات خانوادگی، بی مبالاتی و اعتیاد بحث نموده است.

بررسی محیط

محیط فرد نیز بایستی از لحاظ خطرات ایمنی بررسی گردد. خانه، جامعه و مراکز مراقبتی همگی مکانهای بالقوه در ایجاد صدمه به فرد می‌باشند.

ایمنی محیط در اثر سقوط، آتش سوزی، مسمومیت، خفگی و حوادث ناشی از وسایل نقلیه، تجهیزات و روشهای کار طبی به خطر می‌افتد. بررسی و شناخت پرستاری شامل شناسایی افراد در معرض خطر و موقعیت‌های ناامن است که خود نیاز به شناخت عوامل مؤثر بر ایمنی و افراد مستعد حوادث دارد. شناسایی این موارد در توسعه برنامه مراقبتی فرد و تدابیر پرستاری جهت محافظت بیمار به پرستاران کمک می‌نماید. علاوه بر این در بررسی و شناخت بایستی به عوامل خطرزای موجود در منزل و مراکز مراقبت سلامتی، همچنین سطح سلامت و سطح تکاملی بیمار توجه نمود.

زمانی که دانشجویان پرستاری در مراکز مراقبتی و جامعه بیشتر درگیر می‌گردند، در موقعی که از محیط‌های ناآشنا دیدن می‌کنند ضروری است که ایمنی محیط را بررسی نمایند. کارول و همکاران (۱۹۹۹) معتقدند از روشهای آموزشی و پرسشنامه‌ای که بتواند ایمنی شخصی دانشجویان را در جامعه تعیین نمایند باید استفاده نمود. برای ارزیابی توجهی که به ایمنی فردی‌تان دارید از چک لیست «خود بررسی» در جدول «پیشبرد سلامتی» استفاده کنید. خطرات ایمنی موجود در محیط بیمار که به بررسی و تدبیر مناسب نیاز دارند در بخشهای بعدی همین فصل شرح داده شده‌اند.

بررسی عوامل خطر اختصاصی

پرستار نیاز دارد از آن دسته بیمارانی که بیشتر در معرض خطر و صدمه هستند و عوامل خاصی که مداوماً ایجاد خطر می‌نمایند آگاه و با اطلاع باشد.

سقوط

سقوط و افتادن در هر سنی اتفاق می‌افتد، اما ۳۵ تا ۴۰ درصد بزرگسالان سالم ۶۵ ساله یا بیشتر که در جامعه زندگی می‌کنند حداقل یک مرتبه در سال افتادن را تجربه می‌کنند (الکساندرو ادلبرگ ۲۰۰۲). قسمت اعظم مراقبت سلامتی مربوط به افراد سالمند در رابطه با صدمات ناشی از افتادن است (راسکی ۱۹۹۸). در تمام مراکز افراد سالمند در معرض خطر افتادن و سقوط قرار دارند. بیشترین واقعه ایجادی در بیمارستان مربوط به سقوط بیمار است و ۴۵ تا ۷۵ درصد بزرگسالان سالمند در مراکز مراقبتی درازمدت از افتادن رنج می‌برند (جنتلمن و مالوزموف، ۲۰۰۱). بطور کلی، ۵ تا ۱۵ درصد افتادن‌ها منجربه شکستگی یا آسیب دیدگی بافت نرم می‌شود (دان ۲۰۰۱). شکستگی هیپ جزو جدی‌ترین آسیب‌های ناشی از افتادن به شمار می‌آید. بسیاری صدمات ناشی از افتادن در منزل به دلیل اینکه باعث صدمه جزئی می‌شوند گزارش نمی‌شوند از طرفی افراد سالمند به دلیل ترس از دست دادن استقلال خود، محدودیت فعالیت و یا از اینکه به خانهٔ پرستاری سپرده شوند صدمات خود را گزارش نمی‌کنند. علاوه بر این ترس از افتادن باعث اضطراب و وحشت گردیده و افراد سالمند را بیشتر مستعد افتادن مجدد می‌گرداند.

بررسی و شناخت خطر افتادن، شامل استفاده از تاریخچهٔ پرستاری و امتحانات پرستاری است. عواملی که به افتادن کمک می‌کنند نیز باید بررسی گردند. با داشتن یکی از مشخصات زیر فرد در خطر افتادن قرار می‌گیرد.

- سن بالا ۶۵ سال
- سابقهٔ قبلی افتادن
- صدمه بینایی یا عدم تعادل
- تغییر در راه رفتن یا وضعیت بدن

پیشبرد سلامتی ۱ـ۲۶: ایمنی در جامعه

استفاده از برگه مشاهده بررسی و شناخت زیر به شما در تعیین رفع نیاز و حفظ ایمنی فرد در مراقبت سلامتی جامعه کمک می‌نماید. علاوه بر این با انتخاب رفتارهای مناسب در این فهرست دستورالعملی به شما جهت مراقبت از خود می‌دهد.

چک لیست بررسی و شناخت	همیشه	گاهی	تقریباً هرگز
۱ـ من لباس می‌پوشم یا پلاکی استفاده می‌کنم که همه مرا به عنوان یک مراقب سلامتی بشناسند.	☐	☐	☐
۲ـ من یک رفتار محجوب حرفه‌ای دارم.	☐	☐	☐
۳ـ من ماشینم را در شرایط خوب کاری نگه می‌دارم.	☐	☐	☐
۴ـ من از نواحی که امنیت و ایمنی ندارند اطلاع دارم.	☐	☐	☐
۵ـ من دستورات بیماران ساکن در منزل را قبل از ملاقات آنها تعیین می‌کنم.	☐	☐	☐
۶ـ من تنها زمانی وارد منازل بیماران می‌شوم که توسط بزرگسالان مسئول دعوت شده باشم.	☐	☐	☐

رفتارهای مراقبت از خود

۱ـ بیمار را از نظر توافق زمانی برای فهرست ملاقاتها مطلع کنید.
۲ـ یک فهرست از مشترک‌هایی که شما قصد ملاقات با آنها را دارید به همراه داشته باشید.
۳ـ از رفتن به مناطق جدا و مجزا از بقیه خودداری کنید.
۴ـ درخواست کنیدکه قبل از ملاقات با شما از حیوانات خانگی محافظت نمایند.
۵ـ با خود پول، کارت اعتباری یا کیف دستی شخصی همراه نداشته باشید، در صورت لزوم آنها را در بالا تنهٔ خود قرار دهید.
۶ـ از به همراه داشتن جواهرات قیمتی خودداری کنید.
۷ـ فواید به همراه داشتن تلفن همراه را در نظر بگیرید.
۸ـ اتومبیل خود را هنگام رانندگی و پارک قفل کنید.
۹ـ مطمئن باشید که اداره از زمان و محل فهرست ملاقات‌های شما اطلاع دارد.

- رژیم دارویی مثل دیورتیک‌ها، آرام بخش‌ها، مسکن‌ها، خواب‌آورها
- هایپوتانسیون وضعیتی
- تأخیر در زمان بروز عکس العمل و واکنش
- گیجی و عدم هوشیاری
- صدمات حرکتی
- ضعف و خستگی فیزیکی
- محیط ناآشنا

در صورتی که سقوط و زمین افتادن سالمندان قابل پیش‌بینی باشد، در آن صورت می‌توان از آنها پیشگیری به عمل آورد (کاوینسکی و همکاران ۲۰۰۱، گرنیه ـ سنلیه و همکاران ۲۰۰۲)، به همین دلیل نظارت بر خطرات محیطی باید بطور مستمر در رابطه با بیماران مستعد زمین خوردگی، همچنین در خانه و تسهیلات مراقبت بهداشتی ادامه داشته باشد.

بسی واشینگتن را به خاطر آورید، زن سالمندی که در ابتدای فصل در مورد او توضیح داده شد. پرستار بر مبنای بررسی و شناخت بیمار تشخیص می‌دهد که خطر افتادن در خانم واشینگتن بالا است. برای اطمینان از ایمنی بیمار، پرستار باید این اطلاعات را در طرح مراقبتی بگنجاند.

برنامه‌های پیشگیری از افتادن در بسیاری از مراکز مراقبتی وجود دارد. پرستاران مسئولیت دارند بیماران در خطر را شناسایی نموده و با بررسی و شناخت صحیح و طرح مراقبتی مناسب، ایمنی آنها را تضمین نمایند. پرستاری که رفتاری معقول و محتاطانه دارد و رفتار وی در شرایط برابر کاملاً مشابه رفتاری است که از هر پرستار دیگر انتظار می‌رود، در صورت افتادن بیمار خصوصاً اگر منجربه آسیب‌دیدگی شود، بندرت به عنوان فردی مسئول و متعهد در نظر گرفته خواهد شد (سالیوان ۱۹۹۹). برگهٔ مشاهده‌ای در رابطه با پیشگیری از افتادن در منزل و مؤسسات بهداشتی در قسمت بعدی همین فصل آمده است.

آتش‌سوزی

بیشتر آتش‌سوزی‌ها در منزل به علت سیگار کشیدن در رختخواب یا وقتی فرد روی کاناپه لمیده است و سیگار می‌کشد اتفاق می‌افتد. بیشتر آتش‌سوزهای مرگ آور در منزل طی خواب رخ می‌دهد و مردمی که در آتش سوزی‌های منزل می‌میرند بیشتر از استنشاق دود می‌میرند تا از سوختگی. چراغ خوراک آشپزخانه، شمع‌ها و هیترهای برقی از عوامل آتش‌سوزی در منزل می‌باشند. اشکال در سیم‌کشی و وسایل الکتریکی ناامن نیز از علل آتش‌سوزی در منزل و مراکز مراقبت سلامتی می‌باشند. با بررسی طرح آگاهی افراد خانواده می‌توان به عوامل خطرزا در آتش‌سوزی منزل پی‌برد.

از افرادی که وضع مالی چندان مناسبی ندارند باید سؤال کرد که چگونه منزل خود را گرم می‌کنند زیرا ممکن است با قطع برق و گاز از هیترهای نفتی، شومینه یا اجاق‌های چوب‌سوز استفاده نمایند. توصیه‌های ایمنی مربوط به آتش‌سوزی در منزل به صورت برگه مشاهده‌ای در قسمت بعدی فصل آمده است.

گاهی اوقات برنامه‌های پیشگیری و اقدامات فوری در زمان آتش‌سوزی در مؤسسات بهداشتی به نظر پرسنل کاری وقتگیر یا غیر ضروری است، ولی پرستاران بایستی در همه حال آمادگی محافظت از بیمار را در برابر ضربه و صدمه داشته باشند. بیمارستان‌ها نیاز به قانونی جهت برقراری موارد ایمنی و بازدید منظم در تعیین امکان وقوع خطرات را دارند. وسایل بایستی بطور مرتب کنترل و بازرسی شده و راههای گریز و خروج اضطراری باز نگهداشته شود. پرستاران می‌بایست بخشی از برنامه روزانه خود را به بررسی وسایل و اطلاع از نحوهٔ صحیح کار آنها اختصاص دهند و مشخص نمایند چه موقع و چطور باید به تمرین استفاده از آنها پرداخت.

مسمومیت

گرچه بروز مسمومیت در کودکان نسبت به ده سال گذشته کاهش چشمگیری یافته است، ولی هنوز هم مسمومیت به عنوان یک عامل خطرزا محسوب می‌گردد. طبق آخرین آمارهای دولتی، در سال ۲۰۰۰ تقریباً ۱۰۰۰۰ مورد مرگ بدنبال مسمومیت‌های تصادفی اتفاق افتاده است و افراد بسیار زیادی نیز متحمل اثرات غیر کشندهٔ سموم شده‌اند (ادارهٔ سرشماری ایالات متحده ۲۰۰۲). در جدول ۲ـ۲۶ علل مرگ و میر ناشی از مسمومیت آمده است. مصرف آنالژزیک‌ها و هیدروکربن‌ها از جمله شایعترین علل مسمومیت‌های منجربه مرگ در کودکان به شمار می‌آید (لندن و همکاران ۲۰۰۳). سالیانه ۱ میلیون کودک زیر ۶ سال در معرض مواد سمی قرار می‌گیرند (کراولی ـ کوما ۲۰۰۳). در سال ۲۰۰۰ مراکز کنترل مسمومیت، در هر ۱۵ ثانیه یک مورد مسمومیت داشته‌اند (کراولی ـ کوها، ۲۰۰۲). البته باید توجه داشت که همهٔ مسمومیت‌ها منجربه مرگ نمی‌شوند. در بررسی ایمنی به سطح رشد و تکامل فرد نیز بایستی توجه شود. بچه‌های کوچکتر بیشتر در اثر خوردن مواد شیمیایی خانگی مسموم می‌شوند، درحالی‌که کودکان بزرگتر بیشتر جهت خودکشی دارو مصرف می‌نمایند. کودکانی که در سنین قبل از مدرسه هستند بیشتر در معرض خطر خوردن مواد آغشته به سرب در خانه قرار دارند. نوجوانان و جوانان نیز هنگام مصرف آزمایشی مواد مخدر و داروها دچار مسمومیت‌های تصادفی و مرگ می‌شوند. مواد خطرناک در دسترس کودک و استنشاق این مواد توسط کودک به وسیله نفس کشیدن امکان مسمومیت در وی را بالا می‌برد.

کاراگرین وود را به خاطر آورید، نوجوانی که در مورد خطرات تهدید کنندهٔ نوجوانان خواهان اطلاعات بود. یکی از حوزه‌های مهم در این رابطه می‌تواند مصرف مواد مخدر به صورت آزمایشی باشد.

در افراد سالمند نیز امکان مصرف زیاد دارو به علت گیجی یا فراموشی یا ضعف بینایی وجود دارد. تماس با گازها و بخارات سمی اکثراً در خانه رخ می‌دهد. مسمومیت به دنبال مخلوط کردن نامناسب مواد خانگی، استفاده طولانی مدت از شوینده‌های قوی یا اختلال در کار وسایل منزل مثل وسایل گرمازای نفتی و گازی (که می‌توانند گاز مونوکسید کربن تولید کند) پدید می‌آید. مونوکسید کربن گازی بی بو، بی رنگ و بی مزه بوده و بسیار خطرناک است. مجاورت با این گاز می‌تواند منجربه بروز نشانه‌های خفیف یا مشکلات کشنده و اثرات طولانی مدت شود. کودکان و افراد سالمند بیشتر مستعد مسمومیت با گازها و بخارات سمی هستند.

مراکز کنترل مسمومیت، فرم‌هایی جهت دفع سموم منزل و فهرستهایی از اقلام مسمومیت‌زای خانگی تهیه نموده‌اند. مرور این اقلام می‌تواند در بررسی و آموزش افراد خانواده در رابطه با موارد سمی کمک کننده باشد.

خفگی و خفه شدن

خفگی یا اختناق، ممکن است در هر سنی رخ دهد، ولی وقوع آن در کودکان بیشتر است. این حادثه در اثر عدم رسیدن هوا به ریه‌ها و قطع تنفس ایجاد می‌گردد. علل شایع خفگی شامل غرق شدن، ورود جسم خارجی به تراشه و مسمومیت با گاز یا دود می‌باشد. نوزادان ممکن است بوسیله بالش یا یک تکه پلاستیک که سهواً روی دهان و بینی آنها را می‌پوشاند خفه شوند. یک کودک بزرگتر نیز ممکن است با کمربند صندلی که به دور بدنش فشرده گردیده است و یا به دلیل حبس در یخچال اسقاطی حین بازی خفه شود.

غرق شدن نیز نوعی خفگی می‌باشد، نزدیک به نیمی از قربانیان غرق‌شدگی، کودکان زیر ۵ سال هستند. بیشتر این مرگ و میرها در اثر عدم نظارت کافی در وان حمام، استخرها، حتی استخرهای کم عمق دیده می‌شود. کودکان بزرگتر نیز بیشتر احتمال دارد در موقع شنا و قایق سواری غرق شوند.

آموزش جامعه در مورد علل خفگی می‌تواند سبب نجات زندگی افراد بسیاری گردد. بررسی سطح دانش افراد به خصوص

جدول ۲ـ۲۶. عوامل شایع مسمومیت در کودکان

عامل مسمومیت	منبع	تظاهرات بالینی شایع	درمان
سالیسیلات‌ها	فراورده‌های حاوی آسپرین	تهوع، تنفس سریع، دهیدراتاسیون، استفراغ، گیجی، تب، وزوزگوش، اسیدوز متابولیک، آلکالوز تنفسی، تشنج و اغماء.	چنانچه سابقهٔ واضح خوردن سم به میزان ۱۵۰ تا ۳۰۰ میلی‌گرم در کیلوگرم وجود داشته باشد از زغال فعال استفاده کنید. در صورت مصرف بیش از ۳۰۰ میلی‌گرم در کیلوگرم کودک را به اورژانس منتقل نمائید.
هیدروکربن‌ها	گازوئیل، نفت، مواد براق کنندهٔ ظروف فلزی، روغن چراغ	اوغ زدن، سرفه، خفگی، تنگی نفس، خرخر کردن، تهوع، لرز، تب، لتارژی	هرگز فرد را به استفراغ وادار نکنید. با پزشک یا مرکز کنترل مسمومیت تماس بگیرید.
مواد سوزاننده	مواد تمیز کننده فر، مواد شوینده توالت، مواد موجود در باتری، بازکننده‌های فاضلاب، پاک‌کننده‌های نواحی زنگ‌زده، مواد فر مو	درد سوزشی در دهان و گلو، آبریزش از دهان، ادم لب‌ها، سوزش دهان، مری و معده، استفراغ، خلط خونی	هرگز فرد را وادار به استفراغ نکنید هرگز سعی نکنید مادهٔ سوزاننده را خنثی سازید از آب یا شیر برای رقیق‌سازی استفاده نمایید با پزشک یا مرکز مسمومیت‌ها تماس بگیرید
آهن	فراورده‌های ویتامین	تهوع، استفراغ، اسهال، درد شکم، مدفوع خونی، استفراغ خونی، لتارژی، اغماء	در صورت مصرف 20-40mg/kg از زغال فعال استفاده کنید. با خوردن بیش از 40mg/kg کودک را به اورژانس انتقال دهید.
سرب	پودر رنگ دانه‌های رنگ	ممکن است بدون علامت باشد، بی‌اشتهایی، درد شکم، آنمی، انسفالوپاتی، اختلال در رفتار عصبی	کنترل سطح سرب و شلاسیون‌ترابی

والدین امری حیاتی می‌باشد. خطراتی که ممکن است سبب خفگی کودک گردند در برگهٔ مشاهدهٔ ایمنی منزل در قسمت بعدی این فصل مطرح گردیده است.

صدمات مربوط به گلوله و اسلحهٔ گرم

یکی از نگرانی‌های اصلی متخصصین بهداشتی، پیشگیری از صدمات مربوط به اسلحهٔ گرم است. زخمهای ایجاد شده در اثر شلیک غیر عمدی گلوله از اسلحه، علت اصلی مورتالیته و موربیدیته در کودکان است: در سال ۱۹۹۸، ۲۱ کودک در اثر شلیک غیر عمدی گلوله جان خود را از دست دادند و ۳۴٪ کودکان ایالات متحده با حداقل یک نوع اسلحهٔ گرم در خانه زندگی می‌کنند (کراولی ـ وها ۲۰۰۲). بعضی از افراد این تصور را دارند که داشتن اسلحه در منزل، ایمنی افراد خانواده را تأمین می‌سازد. در صورتی که نگهداری یک تفنگ یا هفت‌تیر در منزل خطرات بسیاری به همراه دارد. کودکان خردسال کنجکاو هستند و تمایل به کشف محیط پیرامون خوددارند. هنگامی که آنها با یک اسلحهٔ پر مواجه می‌شوند، نتیجه اغلب غم‌انگیز خواهد بود. بعلاوه نگهداری تفنگ در خانه، خطر قتل‌های خانوادگی را نیز سه برابر می‌کند. داشتن اسلحه مسئله‌ای حساس بوده و پرستاران باید به شیوه‌ای غیر مغرضانه با مسئله برخورد کنند و بر پیشگیری از آسیب‌دیدگی توجه نمایند. هدف آگاه ساختن خانواده‌ها از خطرات آسیب دیدگی ناشی از اسلحهٔ گرم و بحث و گفتگو با آنها پیرامون اقدامات ایمنی مناسب است.

تشخیص‌های پرستاری

زمانی که پرستار وضعیت‌های ناامن و بیمار در معرض خطر را شناسایی نمود، تشخیص‌های پرستاری و طرح مراقبتی را بایستی تعیین نماید و با تعیین عوامل خطر در هر فرد وضعیت سلامت وی را مشخص نماید. موارد تشخیص‌های پرستاری در مورد خطرات ایمنی شامل موارد زیر است:

- خطر صدمه در رابطه با فقدان آگاهی از خطرات محیط، اشکال بینایی یا شنوایی، سابقهٔ قبلی افتادن، راه رفتن ناهماهنگ، اعتیاد به مواد، عدم استفاده از کمربند صندلی یا صندلی ایمنی، اثرات دارو، سن بالای ۶۵ سال، ضعف عمومی و تماس با عوامل بیولوژیکی، شیمیایی و هسته‌ای.
- خطر مسمومیت در رابطه با اشکال بینایی، نگهداری داروها در محل‌های در باز که به آسانی در دسترس کودکان قرار می‌گیرد، وجود گیاهان سمی، افزایش مصرف الکل، استفاده از داروهای غیر مجاز، عدم آگاهی، آلودگی شیمیایی آب و مواد غذایی.
- خطر خفگی در رابطه با کیسهٔ پلاستیکی که در دسترس کودک

قرار دارد، قراردادن کودک در وان حمام بدون محافظ و همراه، سیگار کشیدن در رختخواب، قراردادن کودک به حالت دمر روی بستر آب، عدم رعایت موارد ایمنی (نکندن در یخچال خراب) عدم آگاهی از راهنمایی‌های مربوط به پیشگیری از آتش‌سوزی، نشت گازهای خانگی.

- خطر صدمه در رابطه با سابقهٔ قبلی سقوط و افتادن، راه رفتن ناهماهنگ، وجود فرش‌های متعدد لغزنده، سیگار کشیدن در رختخواب، عدم کارآیی مناسب دستگاههای تشخیص دهندهٔ دود، سابقهٔ مصرف بی رویهٔ دارو، نداشتن تجربهٔ کافی در رانندگی، نگه داشتن هفت تیر و تفنگ پُر در منزل، زندگی در مناطق پر جرم و جنایت.
- عدم رعایت تدابیر حفاظتی در منزل در رابطه با نداشتن استطاعت مالی، مصرف بی‌رویهٔ مواد ناتوانی جسمی، عدم کفایت سیستم‌های حمایتی و فقدان اطلاعات.
- خطر سندرم عدم استفاده در ارتباط با استفاده از مهارکننده‌های فیزیکی.

شناسایی برآیندها و برنامه‌ریزی

بسیاری از حوادث آسیب‌رسان و مرگ‌آور قابل پیشگیری می‌باشند. پرستار می‌بایست عوامل مختلف و محیطی که بر ایمنی بیمار اثر دارند را در نظر بگیرد و برآیندهای مورد انتظار را متناسب با موقعیت و وضعیت وی تنظیم نماید. تدابیر پرستاری بر رفع نیازهای ایمنی بیمار تأکید دارد. برآیندهای مورد انتظار جهت پیشبرد ایمنی و پیشگیری از صدمه بیمار به شرح زیر هستند:

بیمار خواهد توانست:

- وضعیت‌های ناامن در محیط خویش را شناسایی نماید.
- خطرات بالقوه موجود در محیط را مشخص نماید.
- نکات ایمنی جهت پیشگیری از سقوط و حوادث دیگر را شرح دهد.
- اولویت‌های ایمنی را با افراد خانواده و افراد مورد نظر دیگر مشخص نماید.
- از محیط اطراف خود آگاه باشد.
- منابع موجود جهت اطلاعات ایمنی را مشخص نماید.
- در طی بستری در بیمارستان از هرگونه آسیب و صدمه در امان باشد.

اجرا

یکی از اجزای مهم در تدابیر پرستاری رعایت موارد ایمنی است. پرستار تدابیری جهت کنترل یا تغییر محیط بیمار انجام داده و توصیه‌های ایمنی را در مراکز مراقبت سلامتی، خانه و جامعه برقرار می‌سازد. اجرای تدابیر پرستاری بر اساس سطح تکامل فرد و بر حسب خطرات خاص موجود در محیط بحث می‌گردد. افراد ناتوان، دچار جنون یا هذیان بطور مرتب به رعایت موارد ایمنی که مربوط به کودکان است نیاز دارند.

کسب دانش و آگاهی در مورد کمک‌های اولیه

کمک‌های اولیه، مراقبتهایی هستند که بلافاصله برای فرد مبتلا به بیماری یا آسیب‌دیدگی حاد انجام می‌گیرند. در واقع این مراقبتها، کمک‌های موقتی هستند که تا زمان دریافت مراقبتهای تخصصی و ماهرانه برای مددجویان انجام می‌گیرند. بسیار احتمال دارد دوستان و اعضای خانواده به محض آگاهی از تحصیل شما در رشتهٔ پرستاری شروع به طرح سؤالاتی در مورد اقدام مناسب هنگام گزیدگی، گرمازدگی و سرمازدگی، یا رگ به رگ شدن بنمایند. علیرغم توجه به این مسئله که دانش و مهارت‌های حرفه‌ای شما هنوز محدود است و باید افراد را جهت دریافت خدمات تخصصی به مراکز مربوطه ارجاع دهید ولی خواهید دید که اطلاع از کمک‌های اولیه برایتان بسیار سودمند واقع خواهد شد. شکل ۱ـ۲۶ چارت کمک‌های اولیهٔ اورژانس را که توسط مؤسسه سلامت و ایمنی آمریکا تهیه شده نشان می‌دهد. در این چارت نحوهٔ واکنش به مشکلات شایع و متداول به نمایش درآمده است. اقداماتی نیز هستند که در این چارت وجود ندارند مثلاً اقدامات مناسب در واکنش به دانشجویی که در اثر مصرف مقادیر مفرط الکل و مواد مخدر قادر به پاسخگویی نیست یا چشمان خود را باز نمی‌کند. اقدامات مذکور در شکل ۲ـ۲۶ و تحت عنوان «اقدامات اورژانس» برای موقعیت‌های مشابه و پاسخدهی مناسب به آنها شرح داده شده‌اند.

آموزش در رابطه با پیشگیری از حوادث

یکی از تدابیر مهم در پیشگیری از حوادث و پیشبرد سلامتی آموزش است. زمانی که پرستار مراقبت‌های معمول را از بیمار به عمل می‌آورد، بهترین فرصت را جهت آموزش نکات ایمنی دارد، و بیشترین منابع را جهت تأمین آموزش سلامتی در اختیار دارد (شکل ۳ـ۲۶). بررسی و شناخت دقیق، تشخیص و برنامه‌ریزی مراقبتی پرستاران را در استفاده از این فرصتها آماده می‌سازد.

اغلب بررسی و شناخت داده‌ها و اطلاعات آماری جهت کارکنان مراقبت سلامتی که برنامه‌های ایمنی را جهت بیماران در معرض خطر فراهم می‌سازند مفید و سودمند می‌باشد. کلاسهای آموزش ایمنی همراه با آموزش سلامتی جهت بیماران بستری در



The American Safety & Health Institute

EMERGENCY FIRST AID

1-800-682-5067

Emergency Number ______________________

BLEEDING EMERGENCIES

First aid care for minor wound with minimal bleeding:

1. Clean wound with warm water and soap.
2. If worksite protocol allows apply antibiotic cream.
3. Dress wound with bandage to prevent infection. (You may leave wound uncovered if it is in a location that is not troublesome).

The Bleeding Control Sequence Steps

1. **Direct pressure** (At this time, a direct pressure bandage may be applied.)
2. **Elevate** (Do no further harm.)
3. **Pressure point** (If necessary)

SHOCK

Signs of shock

- Anxiety, restlessness or irritability
- Altered consciousness
- Rapid pulse rate
- Rapid breathing
- Pale, cool, moist skin
- Eyes lackluster, dazed look
- Weak, helpless feeling
- Thirst
- Nausea

First aid care for shock

- Keep the victim lying down if possible.
- Try to make the victim comfortable.
- Speak in a comforting and reassuring tone to relieve stress or anxiety.
- Control any external bleeding if necessary.
- Elevate legs 10-12 inches, unless you suspect spinal damage or broken bones.
- Cover victim. Maintain body temperature.
- Do not give victim anything to eat or drink.
- Provide victim with plenty of fresh air.
- If victim is nauseous or begins to vomit, place the victim on his or her left side.
- Make sure a call is made to activate the EMS.

BURN CARE

1st & 2nd Degree Burns

A. Cool the burned area. Immerse in cold water or apply cold cloths.
B. Cover with clean, dry dressing.
C. Elevate burned limbs above heart level.
D. Treat for **SHOCK** if necessary.

3rd Degree Burns

A. Call EMS immediately. Do not apply water!
B. Cover with clean, dry dressing.
C. Elevate burned limbs above heart level.
D. Treat for **SHOCK**.

I - C - E

First Aid Care for Strains and Sprains

Ice — Apply a cold pack. Do not place ice directly on skin.
Compress — Use an elastic or conforming wrap, but not too tight.
Elevate — Above heart level to control internal bleeding.

I - A - C - T

Dislocations and Fractures

1. **Immobilize area.** Use pillows, jackets, blankets, etc. Stop movement by supporting injured area.
2. **Activate EMS (911).** Or transport victim to a medical center.
3. **Care for shock.** See care for shock.
4. **Treat any additional secondary injuries.**

NECK OR BACK INJURIES

1. **Stabilize head and neck. Stop movement.**
2. **Maintain an open airway.**
3. **Activate EMS.**

SEVERE ALLERGIC REACTIONS

Signs and symptoms

- Rash, skin burning, itching and hives
- Noisy and/or difficult breathing
- Swelling of face, neck, lips, and/or tongue
- Confusion
- A feeling of tightness in the chest and throat
- Nausea
- Fainting, coma
- Dizziness

This is a true medical emergency! A severe allergic reaction can become life-threatening. Call EMS, provide prescribed medication if available, and monitor breathing and circulation. Provide necessary life support care until EMS arrives.

Causes of an allergic reaction include:

- An insect bite or sting.
- An ingested substance (foods such as spices, nuts, fish, shellfish, or medication such as penicillin).
- An inhaled substance (dust, pollen or chemicals).
- An injected substance (antitoxins or drugs such as penicillin).
- An absorbed substance (certain chemicals when in contact with skin can result in a severe allergic reaction).

POISONING

First aid care for poison emergencies

1. Assess the scene for clues and safety.
2. Get victim away from poison if necessary.
3. Assess victim's response (level of consciousness, breathing and circulation).
4. Provide care for any life-threatening conditions.
5. If the victim is conscious, attempt to get more information.
6. Alert the Poison Control Center or your local emergency system. Bring any empty container, plant, etc., to the phone for verification purposes.

BITES & STINGS

First aid care for insect stings

- Wash area.
- Apply a cold pack.
- Monitor victim for allergic reaction. Seek medical assistance if appropriate.

Bees/Wasps/Hornets: Leave behind a stinger that may remain embedded in the skin. Do not pull the stinger out directly with fingers or tweezers. This will only inject additional poison into the body. Instead, use the edge of a credit card or something similar. The edge will snag the venom sack above the skin level and pull the embedded stinger out of the skin.
Spiders: Seek medical attention!
Ticks: Ticks must be removed with tweezers. Apply antiseptic ointment. If you are unable to remove head or if rash persists, obtain medical assistance.

First aid care for snake bites

- Call the Poison Control Center or EMS.
- Do not attempt to suck the venom out of the victim.
- Keep the affected limb below heart level.
- Calm and reassure victim.

HEAT & COLD

	Heat Cramps	Heat Exhaustion	Heat Stroke	Mild Hypothermia	Severe Hypothermia
SIGNS & SYMPTOMS	• Painful muscle cramps • Moist, cool skin • Heavy sweating	• Cool and clammy • Heavy sweating • Weak pulse • Shallow breathing • Nausea • Stomach cramps • Weakness, fatigue • Headache	• Hot, dry, red skin • Confusion or unconsciousness • Little or no sweating • Full, rapid pulse	• Shivering, slurred speech, stumbling or staggering (usually victim is conscious and can talk)	• Body core temperature below 80°F • Shivering has stopped • Muscles have become stiff and rigid • Skin has a blue, puffy appearance • Skin does not react to pain • Pulse & breathing are slow • Pupils dilated • Victim may appear dead
FIRST AID CARE	1. Move to cool place. 2. Give water or saline solution. 3. Massage muscle.	1. Move to cool place. 2. Elevate legs. 3. Remove soaked clothing. 4. Apply cool packs. 5. Give water. 6. Monitor.	1. Move to cool place. 2. Immediately cool victim by fanning and applying cool water. 3. Remove any excess clothing. 4. Call EMS! (Life threatening)	1. Remove from cold environment. 2. Provide a source of heat (warm water, fireplace). 3. Replace wet clothing with dry. 4. Provide a hat, blankets, coats. Insulate victim. 5. Seek medical attention.	1. Call EMS. 2. Keep victim warm. 3. Do not rewarm if victim can be transported within 12 hrs. 4. Take care when moving victim. Treat victim as if he/she could break. 5. While checking vitals, make sure you perform a thorough pulse check before determining the need for CPR.

MEDICAL EMERGENCIES

Signs or symptoms

- Pale or flushed skin
- Cold sweats
- Dizzy, light-headed, weak, confused
- Nausea or vomiting
- Diarrhea
- Severe headache
- Paralysis
- Slurred speech
- Seizure
- Breathing difficulty
- Persistent pain or pressure
- Changes in consciousness

First aid care

- Help victim rest comfortably.
- Interview victim or bystanders. Ask:
  1. Are you allergic to anything?
  2. Are you on medication?
  3. When did you last eat?
  4. What led up to this problem?
- Look for medical alert tags.
- Reassure victim.
- Watch for signals/changes in breathing and consciousness.
- Don't give the victim anything to eat or drink (diabetic emergencies are an exception).
- Keep victim from getting chilled or overheated.
- Seek medical attention if appropriate.

If the Victim

Faints
Position victim on back and then elevate legs 8-10 inches.
Do not elevate legs if you suspect a back or head injury.

Vomits
Place victim in the recovery position (left side with head resting on arm).

شکل ۱ـ۲۶. چارت کمک‌های اولیهٔ اورژانس مؤسسه سلامت و ایمنی آمریکا

بررسی ـ آماده‌باش ـ رسیدگی

صحنه را از نظر ایمنی بررسی نمایید.

یک موقعیت اورژانس، رویداد یاوضعیتی غیر قابل پیش‌بینی است که به واکنش سریع نیاز دارد. موقعیت اورژانس می‌تواند نتیجه یک حادثه یا بیماری ناگهانی باشد. با رسیدن به محل حادثه، صحنه را از نظر ایمنی بررسی نمایید. از خود سؤال کنید آیا نزدیک شدن به فرد قربانی حادثه بی خطر است.

از تمامی حواس خود استفاده کرده و در جستجوی خطر باشید (مثلاً حرکت وسایل نقلیه، پایین افتادن سیم‌های جریان برق، شیشهٔ شکسته، یخ و غیره) به صداهای شکستن، سوت کشیدن، فش فش کردن یا خرد شدن گوش فرا دهید. هوا را بو کنید. آیا می‌توانید وجود دود یا گازهای مضر را شناسایی کنید؟ مطمئن شوید که حین بررسی فرد مصدوم، خطر آسیب‌دیدگی شما را تهدید نمی‌کند. اگر احساس کردید میزان خطر بالاست، بلافاصله به EMS تلفن کنید و دیگر افراد ناظر و تماشاچی حاضر در صحنه را از وجود خطر مطلع نمایید. اگر صحنهٔ حادثه به نظر ایمن و بی‌خطر آمد، به فرد نزدیک شده و سطح پاسخدهی وی را بررسی کنید.

فرد قربانی رویداد اورژانس را بررسی نمایید.

حین نزدیک شدن به فرد از دیگر افراد ناظر بخواهید به شما کمک کنند. از یکی دیگر از افراد ناظر که در صحنه حاضر است بخواهید به EMS تلفن کند و در صورت ضرورت به کمک فرد قربانی رویداد اورژانس بیاید. به آرامی به بدن فرد حادثه دیده ضربه زده و از او بپرسید «آیا حالتان خوب است؟».

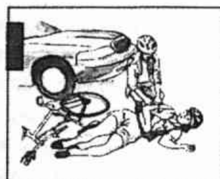
آماده باش

اگر فرد قربانی رویداد اورژانس فاقد پاسخدهی است یا سطح هوشیاری وی تغییر کرده است باید به EMS اطلاع دهید. اگر تنها هستید و فرد قربانی رویداد اورژانس، بزرگسال و فاقد پاسخدهی است، بلافاصله محل تلفن را پیدا کرده و با EMS تماس بگیرید. سپس به محل بازگشته و به وضعیت فرد رسیدگی نمایید. اگر فرد دیگری در صحنه حاضر است، از او بخواهید به EMS اطلاع دهد و خود سریع به وضعیت قربانی رسیدگی نمایید. اگر فرد قربانی رویداد اورژانس، کودک فاقد پاسخدهی است و فرد دیگری برای آماده باش EMS در محل حضور ندارد، ابتدا به وضعیت کودک رسیدگی کرده و ۱ دقیقه از وی مراقبت بعمل آورید سپس به EMS تلفن کنید.

رسیدگی

تا زمان رسیدن EMS و انجام مراقبتهای لازم، به وضعیت قربانی رویداد اورژانس رسیدگی کرده و مراقبت‌های ضروری را انجام دهید.

شرح تصاویر



۱ـ بررسی

با شناسایی وضعیت اورژانس باید:

۱ـ صحنه را از نظر ایمنی بررسی کنید. آیا نزدیک شدن به فرد قربانی رویداد اورژانس بی‌خطر است؟ اگر صحنه حادثه بی‌خطر نبود به EMS جهت ارائه کمک اطلاع دهید و دیگر افراد حاضر در صحنه را نیز از وجود خطر آگاه گردانید.

۲ـ فرد قربانی رویداد اورژانس را از نظر وضعیت‌های کشنده و تهدید کنندهٔ زندگی، بررسی کنید و در صورت ضرورت برای دریافت کمک داد بکشید. مثلاً بگویید «من اینجا به کمک نیاز دارم.»

۳ـ به سرعت ویژگی وضعیت اورژانس و سن تقریبی فرد (بزرگسال، کودک، نوزاد) را بررسی نمایید.



۲ـ آماده‌باش

برای دریافت کمک‌های پزشکی به EMS آماده باش دهید. در صورت ضرورت و اگر تنها هستید به محض تشخیص بیهوشی فرد بزرگسال، به EMS تلفن کنید. اما اگر فرد حادثه دیده کودک است، ابتدا به مدت ۱ دقیقه به او کمک نموده سپس به EMS تلفن کنید.



۳ـ رسیدگی

به وضعیت فرد قربانی رویداد اورژانس رسیدگی کرده و تا زمان دریافت‌های مراقبت‌های پزشکی پیشرفته (EMS)، مراقبتهای اولیهٔ ضروری را انجام دهید.

شکل ۲ـ۲۶. مراحل انجام اقدامات اورژانس

در موارد زیر فرد قربانی رویداد اورژانس به مراقبتهای EMS نیاز خواهد داشت:

- غرق شدن یا نزدیک به غرق شدگی
- تغییر سطح هوشیاری
- بیهوش بودن یا بیهوش شدن
- درد یا فشار قفسه سینه
- تنفس دشوار (به چارت بعدی با عنوان «علائم تنفس غیر طبیعی» رجوع کنید)
- خونریزی شدید
- درد یا فشار در شکم
- دفع خون یا بالاآوردن خون
- گفتار نامفهوم، سردرد شدید، تشنج
- صدمات سر، گردن، پشت
- احتمال شکستگی استخوان
- مسمومیت
- مصرف بیش از حد دارو یا مواد مخدر
- برق گرفتگی
- بیماری یا آسیب دیدگی جدی
- تغییر وضعیت ذهنی



کنترل پاسخدهی فرد قرانی رویداد اورژانس

فاقد پاسخدهی (بیهوشی)

- به ۹۱۱ زنگ بزنید.
- راه هوایی را باز کنید.
- تنفس را کنترل نمایید، در صورت نیاز ۲ تنفس به فرد بدهید.
- علائم جریان خون و نبض را کنترل نمایید.
- در صورت ضرورت، به انجام CPR یا تنفس احیاء کننده بپردازید.
- در صورت ضرورت خونریزی را کنترل کنید.
- از شوک پیشگیری کرده یا آن را درمان نمایید.

دارای پاسخدهی (هوشیار)

- خود را معرفی کنید. / از فرد بخواهید رضایت خود را برای دریافت کمک‌های شما اعلام دارد.
- در صورت ضرورت، خونریزی را کنترل نمایید.
- از سر تا پای فرد را معاینه کنید.
- تنفس طبیعی و نبض را کنترل نمایید.
- در موارد مقتضی، اقدامات مربوط به کمک‌های اولیه را انجام دهید.
- از شوک پیشگیری کرده یا آن را درمان نمایید.

علائم تنفس غیر طبیعی

- تنفس نامنظم
- ویزینگ، صدای غل غل یا صدایی جیغ مانند هنگام انجام تنفس
- کوتاه شدن تنفس اغلب همراه با سرگیجه یا دوران سر
- ظاهر برافروخته، رنگ پریده، پوست متمایل به آبی

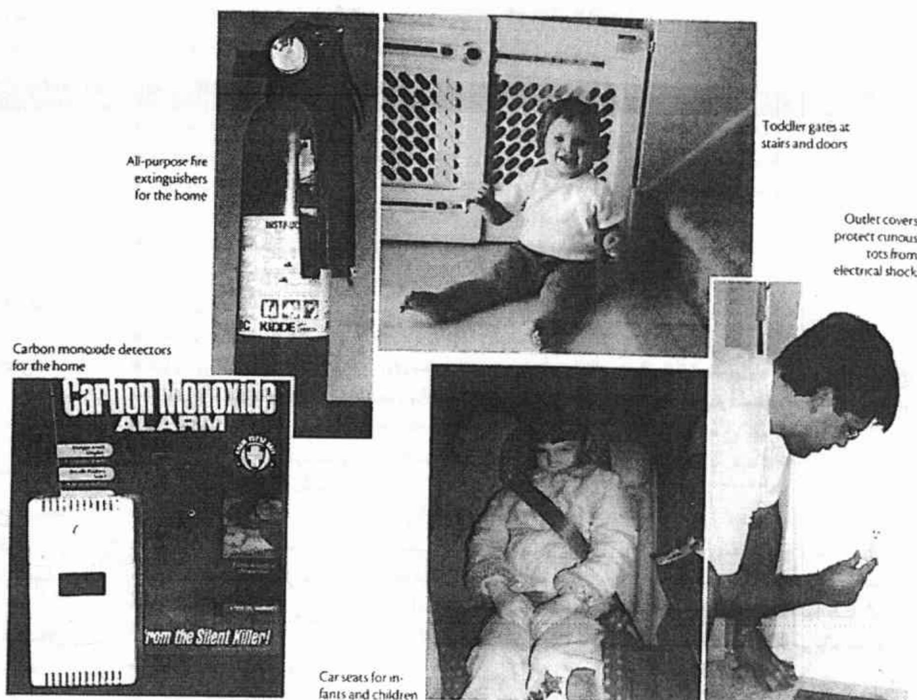
اقدامات: به EMS تلفن کنید.

- در صورت نیاز به انجام تنفس احیاء کننده اقدام کنید.
- در صورت دسترس، اکسیژن اورژانس تهیه نمایید.



شکل ۲ـ۲۶. ادامه

بیمارستان و خانواده آنها بسیار با ارزش می‌باشد. مطالعات اخیر همگی نشان دهندهٔ اهمیت بررسی اولیه بیماران در معرض خطر و برنامه‌های آموزشی پیشگیری کننده است که می‌تواند وقوع حوادث را کاهش دهد (الکساندر وادلبرگ، ۲۰۰۲). پرستار مدرسه فرصتهای بی‌شماری جهت آموزش نکات ایمنی مثل غربالگری (بینایی و شنوایی) جلسات آموزش پیشگیری از آتش‌سوزی، مصرف دارو و الکل، ایمنی مربوط به اسلحه و کلاسهای مربوط به روشهای پیشگیری از تصادف را دارد. چاره جویی یک حادثهٔ جزئی که برای کودک در مدرسه پیش می‌آید می‌تواند عاملی جهت آموزش روشهای پیشگیری باشد. علاوه بر این پرستار



شکل ۳ـ۲۶. مسئولیت پرستار در ایمنی منزل در درجه اول آموزش و مشاوره است. همچنین فراهم نمودن اطلاعاتی در مورد وسایل ایمن منزل و منابع جهت اطلاعات است.

مدرسه با والدین کودک نیز باید در ارتباط باشد. آموزش سلامتی رسمی و غیر رسمی جهت موارد زیر انجام می‌شود:

- کنترل کودک در استفاده از اینترنت
- نظارت و دخالت در فعالیت‌های مدرسه و پرسش سؤالهایی مربوط به آن
- داوطلب شدن در کمیتهٔ امنیت که شامل اولیاء و مربیان است.
- اطمینان از اجرای طرح آمادگی مدارس در موارد اورژانس

پیشگیری از آسیب‌دیدگی

کنترل آسیب‌دیدگی شامل: پیشگیری از آسیب‌دیدگی، ارائه مراقبتهای سریع برای بیماران آسیب‌دیده و خدمات توان‌بخشی می‌باشد (ماک و همکاران ۲۰۰۱) پیشگیری از آسیب‌دیدگی مهمتر از همه بوده و کمک می‌کند تا با کنار گذاشتن رویدادهای خطر آفرین، سنجش پیامدهای حاصل از این رویدادها و کم کردن شدت صدمات، از تعداد کل آسیب‌دیدگیها کاسته شود. برای پیشگیری از اسیب دیدگی راهکارهای بسیاری وجود دارد. یکی از روشها، استفاده روش 4E است:

- Engineering (مهندسی): می‌تواند با تعدیل و اصلاح محیط، خطر آسیب‌دیدگیها را کاهش داده یا برطرف سازد.
- Enforcement (اجرا): اجرای قوانین و مقررات می‌تواند رفتار افراد را تعدیل و اصلاح نماید.
- Education (آموزش): افراد در معرض خطر را وا می‌دارد تا رفتار خود را تغییر دهند.
- Economics (اقتصاد): نوعی انگیزهٔ مالی برای اجرای اقدامات کنترل کنندهٔ آسیب دیدگی بوجود می‌آورد.

ملاحظات مربوط به سطوح رشد و تکامل

در کادر ارتقای سلامتی در خانه ۱ـ۲۶ انواع حوادث بر حسب رشد و تکامل همراه با موارد ایمنی که بایستی با والدین در مدرسه بحث شود آمده است. مباحث مربوط به مراحل رشد و تکامل که در ادامه آمده نیز باید به والدین آموزش داده شوند.

آموزش ارتقای سلامتی در خانه شمارهٔ ۱ـ۲۶

پیشگیری از حوادث و پیشبرد ایمنی در مراحل مختلف تکاملی

مرحلهٔ تکاملی/خطرات ایمنی	نمونه‌هایی از نکات آموزشی	علت اهمیت مسئله
جنین / رشد و تکامل غیر طبیعی	● ترک مصرف الکل و کافئین در دوران حاملگی ● ترک سیگار یا کاهش تعداد سیگار مصرفی در روز ● ترک تمامی داروها، از جمله داروهای OTC، مگر آنکه توسط پزشک یا ماما تجویز شده باشد. ● اجتناب از مجاورت با حشره‌کش‌ها و برخی عوامل شیمیایی محیطی خاص ● اجتناب از قرار گرفتن در معرض اشعه	تمامی عوامل اعم از فیزیکی و شیمیایی می‌توانند اثرات مخربی بر تخم لقاح یافته، رویان و جنین در حال تکامل داشته باشند. جنین بسیار مستعد خطرات محیطی است.
نوزاد تازه بدنیا آمده (۲۸ روز اول زندگی)		
عفونت به زمین افتادن	● شستشوی مکرر دست‌ها ● تنها و بدون مراقب رها نکردن نوزاد بر روی سطوح بلند و بدون نردهٔ محافظ ● استفاده از صندلی‌های اتومبیل مخصوص نوزاد و بستن آن در جایی که پشت به اتومبیل باشد. ● محکم نگهداشتن نوزاد در دست و حمایت از سر وی	مراقبت فیزیکی از نوزاد تازه بدنیا آمده شامل باز نگهداشتن راه تنفسی، محافظت از کودک در برابر عفونت و آسیب‌دیدگی و تغذیهٔ وی در حد کافی می‌باشد.
SIDS	● قرار دادن نوزاد به پشت هنگام خواب	
نوزادان		
به زمین افتادن آسیب ناشی از اسباب‌بازی سوختگی خفگی یا غرق‌شدگی استنشاق یا بلع اجسام خارجی	● نظارت دقیق بر عملکردهای کودک جهت پیشگیری از آسیب‌دیدگی ● انتخاب مناسب اسباب‌بازیها مطابق با سطح تکاملی ● استفاده از تجهیزات ایمنی مناسب در خانه (مثل قفل کردن در کابینت‌ها، درها، سرپوش پریزهای برق) ● تنها نگذاشتن کودک در وان حمام ● بی‌خطر کردن تمامی نواحی خانه برای کودک	نوزادان به تدریج از غلت زدن روی زمین به سمت نشستن، سینه خیز رفتن و بلند شدن و ایستادن پیشرفت می‌نمایند. آنها بسیار کنجکاو هستند و می‌خواهند تا آنجا که می‌توانند به کشف هرچه در محیط است بپردازند.
کودکان نوپا		
به زمین افتادن بریدگی با اشیاء تیز سوختگی خفگی یا غرق‌شدگی استنشاق یا بلع سموم و اشیاء خارجی	● در دسترس گذاشتن شماره تلفن مرکز کنترل مسمومیت ● استفاده از صندلی اتومبیل مناسب برای کودک نوپا ● مراقبت و نظارت دقیق بر عملکرد کودک جهت پیشگیری از آسیب‌دیدگی ● بی‌خطر کردن تمامی نواحی خانه به منظور اطمینان از عدم دسترسی کودک نوپا به سموم، داروها و وسایل کوچک ● تنها و بدون مراقب نگذاشتن کودک در خارج از خانه ● دور از دسترس قراردادن تمامی اشیاء داغ روی اجاق	کودکان نوپا به انجام وظایف تکاملی بسیار گسترده‌ای می‌پردازند و از راه رفتن به سمت سخن گفتن پیشرفت می‌کنند. آنها در این سن بیشتر مستقل می‌شوند و کشف محیط پیرامون خود را ادامه می‌دهند.
کودکان پیش دبستانی		
به زمین افتادن بریدگی سوختگی غرق‌شدگی استنشاق یا بلع مواد مضر اسلحه	● آموزش استفاده از تجهیزات ایمنی مناسب حین بازی با دوچرخه یا اسکوتر به کودک ● اطمینان از بی خطر بودن مناطق بازی ● آغاز آموزش اقدامات ایمنی به کودک ● تنها نگذاشتن کودک در وان حمام یا نزدیک آب ● تمرین اقدامات اورژانس ترک محل ● آموزش در مورد اقدامات ایمنی مربوط به آتش	کودکان سنین پیش دبستانی اگرچه مستقل‌تر شده‌اند اما هنوز هم شناخت کاملی از رفتارهای خطرآفرین ندارند. آنها ممکن است بخواهند از بزرگترها تقلید کنند از این رو دست به اقدامات خطرناک بزنند.
کودکان سن مدرسه		
سوختگی غرق شدگی شکستگی استخوان استنشاق یا بلع مواد مضر اسلحه سوء استعمال مواد	● آموزش پیشگیری از حوادث در خانه و مدرسه ● آموزش استفاده از تجهیزات ایمنی هنگام بازیهای ورزشی ● ادامهٔ برنامهٔ ایمن‌سازی مطابق با طرح‌های ملی ● آموزش در مورد مواد مخدر، الکل و فعالیت جنسی ● تأکید بر استفاده از کمربند ایمنی و ایمنی عابر پیاده	در کودکان سن مدرسه، هماهنگی عضلانی بیشتر تکامل یافته است و آنها بیشتر در بازی و فعالیت‌های ورزشی شرکت می‌جویند و طبیعی است که خطر آسیب‌دیدگی نیز در آنها افزایش پیدا می‌کند. بلوغ شناختی، توانایی آنها را در شناخت دستورات ایمنی بهبود می‌بخشد.

آموزش ارتقای سلامتی در خانه شمارهٔ ۱ـ۲۶ (ادامه)
پیشگیری از حوادث و پیشبرد ایمنی در مراحل مختلف تکاملی

مرحلهٔ تکاملی / خطرات ایمنی	نمونه‌هایی از نکات آموزشی	علت اهمیت مسئله
نوجوانان غرق شدگی سانحه با وسایل نقلیه موتوری اسلحه استنشاق و بلع مواد مضر	● آموزش مسئولیت‌های مربوط به آزادیهای جدید با ورود به دوران نوجوانی ● نام نویسی نوجوان در دوره‌های آموزش ایمنی (آموزش رانندگی، ایمنی آب، مراقبت‌های اورژانس) ● تأکید بر ایمنی اسلحه ● انجام معاینات فیزیکی قبل از شرکت در فعالیتهای ورزشی ● اختصاص دادن زمانی برای شنیدن سخنان نوجوان و حرف زدن با وی (به منظور کاهش تنیدگی). ● رعایت شیوهٔ زندگی سالم (تغذیه، استراحت، غیره) ● آموزش مسائل جنسی، بیماریهای مقاربتی و تنظیم خانواده ● تشویق نوجوان به گزارش هرگونه آزار و اذیت و سوء رفتار	نوجوانی، دوره‌ای بحرانی در رشد و تکامل انسان محسوب می‌شود. نوجوان برای آمادگی جهت ورود به بزرگسالی، نیازمند آزادی و مسئولیت‌های بیشتر است. در طول این دوران، ذهن از توانایی بالایی جهت کسب دانش و اطلاعات و بکارگیری آنها برخوردار است. گروه دوستان هم سن و سال نوجوان در این مرحله بیشتر از والدین بر روی او تأثیر دارند.

جنین و نوزاد

ملاحظات و موارد ایمنی با آگاهی در مورد رفتارهایی که می‌تواند تکامل جنین را به خطر اندازد شروع می‌گردد. وزن نوزادی که از مادر سیگاری به دنیا می‌آید نسبت به بقیهٔ نوزادان کمتر است. افزایش مصرف الکل و استفاده از داروهای اعتیاد آور ممکن است باعث اثرات سوء گردیده و به محض تولد نوزاد این اثرات مشخص گردد. پرستار بایستی دانش یک خانم حامله را در مورد خطرات ناشی از مصرف زیاد الکل، دارو، کشیدن سیگار، قرار داشتن در معرض دیگر خطرات محیطی (تابلو ۱ـ۲۶) تقویت نماید.

پرستار جهت آموزش والدین در مورد ایمنی و پیشگیری از حوادث کودکان و بچه های کوچکتر فرصت‌های بی‌شماری دارد. عدم تحرک در اوایل کودکی فرصت را جهت فعالیت‌های خطرناک محدود می‌سازد ولی حتی محافظت جزیی می‌تواند نقشی حیاتی در پیشگیری از حوادث داشته باشد. مراقبت ایمن از کودک مستلزم نظارت کودک و رها نکردن وی بدون محافظ و کنترل موادی است که ممکن است در دهان خود گذاشته و ببلعد. زمانی که کودک فعالتر می‌گردد، والدین و مراقبین باید خطرات جدی که می‌تواند کودک کنجکاو و در حال حرکت با آنها مواجه گردد را بشناسند. تمام مواد در دسترس کودک باید بدقت بررسی شوند و اگر خطرناک هستند آنها را در جای امنی قرار داد. از طرفی چون کودک مدام بالا و پایین می‌پرد یا خود را روی وسایل می‌کشد، مایعات گرم و مواد سوزاننده از دسترس او دور نگهداشته می‌شوند. در تمام ۵۰ ایالت دستور داده شده که در موقع جابجایی کودک با وسایل نقلیه جهت ایمنی بیشتر از صندلی ایمنی بچه استفاده شود. طبق آمار مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری، ۴۰٪ تمامی کودکانی که از کمربند ایمنی یا صندلی ایمنی مخصوص کودکان استفاده نمی‌کنند، دچار صدمه می‌گردند (CDC، ۲۰۰۱). یک مورد ایمنی این است که صندلی‌های ایمنی را به خصوص جهت کودکانی که کمتر از ۱ سال سن داشته و وزن کمتر از ۹/۱ کیلوگرم دارند در قسمت پشت قرار دهند زیرا در غیر این صورت با باد شدن کیسهٔ محافظت کننده مسافران ماشین، به کودک صدمه وارد می‌گردد. طی مطالعه‌ای که اخیراً توسط بنیاد مبارزهٔ ملی در زمینهٔ ایمنی کودکان انجام شد مشخص گردید که ۸۵٪ مادران، از کمربند ایمنی به درستی استفاده نمی‌کنند (تافت، میکالید و تافت ۱۹۹۹). اکثر والدین به اندازهٔ کافی کمربند ایمنی را محکم نمی‌بندند یا آن را محکم وارد قلاب نگهدارنده نمی‌کنند. اگرچه این گونه اشتباهات به ظاهر کوچک می‌آیند اما پیامدهای غم‌انگیزی بدنبال دارند. موارد مشاوره ایمنی که بر آموزش سلامتی تأکید دارند جهت این مرحله از رشد و تکامل در تابلو ۱ـ۲۶ مطرح گردیده است.

نوپایی و سنین قبل از مدرسه

تمرکز و توجه در پیشگیری از صدمات و مرگ و میر در این دوره به مسئولیت والدین جهت هشدار موارد خطرناک محیط خانه بستگی دارد. در عین حال که به کودک فرصت و اجازهٔ کاوش و جستجو در محل و مکان بازی داده می‌شود، بایستی ایمنی و امنیت کودک نیز فراهم گردد. نظارت و مراقبت والدین و افراد بزرگتر باید به گونه‌ای باشد تا بتوانند موارد خطرناک و خطرزا را پیش‌بینی و با روشهای محافظتی کودک را مصون نگهدارند.

جوانیتا فلورز، مادر نوزادی را به خاطر آورید که دچار نارسایی رشد بود و از تخت پایین افتاد. پرستار، به عنوان بخشی از طرح مراقبتی، باید مراقبت‌های مربوط به ایمنی نوزاد را همراه با جوانیتا مرور نماید و برای آمادگی ما در جهت ترخیص کودک، به راهنمایی وی در زمینهٔ مسائل قابل پیش‌بینی مرتبط با ایمنی بپردازد.

فراورده‌های محافظتی کودک جهت کمک به تشخیص موارد خطرناک در منزل در دسترس می‌باشد. خوردن سموم یا داروها نیز بزرگترین تهدید در کودک قبل از دبستان است. حس اطمینان به خود و قوهٔ ابتکار کودک این احتمال را بیشتر می‌سازد که برای دنبال نمودن توپ به خیابان برود، با کبریت بازی کند یا به داخل یخچال اسقاطی برود. کودکی که بالاتر از یک سال سن دارد و بین ۲۰ تا ۴۰ پوند وزن دارد بایستی در صندلی جلو قرار گیرد. در کودک بزرگتر از کمربندهای شانه باید استفاده نمود و تا جایی که امکان دارد صندلی جایی گذاشته شود که کیسه بادی ایجاد خطر نکند. علاوه بر این جهت محافظت کودک بایستی از تظاهرات خشونت با کودک نیز آگاه گردید (کادر ۱ـ۲۶). در سال ۱۹۹۸ تقریباً ۱ میلیون کودک در ایالات متحده در معرض خطر خشونت بوده یا آن را تجربه کرده‌اند (CDC، ۲۰۰۱، مولریان و همکاران ۲۰۰۰). خشونت می‌تواند فیزیکی، جنسی یا عاطفی باشد و یا در اثر غفلت و بی‌توجهی پدید آید. تمام ۵۰ ایالت قوانینی دارند که لزوم گزارش موارد مشکوک را نشان می‌دهد. در تابلو ۱ـ۲۶، آموزش سلامتی که به ایمنی کودکان قبل از دبستان و نوپا کمک می‌کند آمده است.

کودکان سن مدرسه

با استقلال بیشتر کودک طی سالهای مدرسه، حوادث نیز به عنوان عامل مهمی در مرگ و میر این کودکان مطرح می‌گردد. گرچه این کودکان رفتارهای استقلال طلبانه دارند ولی به کمک و بررسی فعالیت‌هایی که می‌تواند برای آنها خطرناک باشد هم نیاز دارند. پرستار می‌بایست با والدین کودک دبستانی در مورد تدابیر خاص ایمنی کودک در منزل مدرسه و محیط اطراف منزل مشاوره نماید.

همه ساله تعداد زیادی از کودکان زیر ۱۰ سال در اثر دوچرخه سواری دچار سانحه می‌شوند. بسیاری از آسیب‌های ایجاد شده ناحیهٔ سر و صورت را در بر می‌گیرد. ۱۰٪ کل مرگ و میرهای ناشی از تروما در اطفال، به صدمات بوجود آمده حین دوچرخه سواری مربوط می‌شوند (کافمن، ۲۰۰۳). اثرات محافظت کنندگی کلاه ایمنی مخصوص دوچرخه در میان کودکان به خوبی شناخته شده است، اما آنها بطور عمومی از آن استفاده نمی‌کنند. مطالعات نشان می‌دهند که قانون‌گذاری و راهکارهای پیشگیری از آسیب دیدگی می‌توانند تأثیر مثبتی بر افزایش استفاده از کلاه ایمنی و نیز کاهش تعداد و شدت حوادث دوچرخه‌سواری شوند. حوادثی که باعث صدمات وارد به سر در بسیاری از افراد متعلق به این گروه جمعیتی آسیب‌پذیر می‌گردند. پرستاران به دلیل تجارب متعددی که در رابطه با کودکان و والدین دارند، از فرصت‌های بیشماری جهت آموزش سلامتی در ارتباط با ایمنی دوچرخه و کلاه ایمنی برخوردار هستند. نکاتی که در هر جلسهٔ آموزشی باید مورد توجه قرار گیرند به شرح زیر می‌باشند:

- کودکان باید در تمام مدت دوچرخه سواری، کلاه ایمنی بر سر داشته باشند.
- کودکان خردسالی که به عنوان سرنشین و سوار بر صندلی مخصوص کودک، با دوچرخه حمل می‌شوند نیز باید کلاه ایمنی با اندازهٔ مناسب به سر کنند.
- کلاه ایمنی باید کاملاً اندازه و متناسب با سر باشد قسمت بالای سر کودک را بپوشاند (یعنی لبهٔ آن تقریباً ۱ اینچ بالاتر از ابرو قرار گیرد)
- بند چانهٔ کلاه ایمنی نیز باید طوری تنظیم شود که بدون جابجایی متناسب با چانه روی آن قرار گیرد. اگر ۲ انگشت از دست شما داخل بند مخصوص چانه قرار گیرد، کلاه ایمنی بیش از حد گشاد است.
- کلاه‌های ایمنی که در حوادث مختلف آسیب‌دیده‌اند باید دور انداخته شوند و کلاه ایمنی جدیدی جایگزین آنها گردد.
- والدین نیز با استفاده از کلاه ایمنی حین دوچرخه سواری می‌توانند الگوهای رفتاری مؤثری برای فرزندان خود باشند.

احتمال آدم‌ربایی نیز یکی دیگر از مواردی است که در رابطه با این گروه سنی باید مورد توجه قرار گیرد. کودکان ممکن است توسط افراد غریبه یا آشنا ربوده شوند. برخی کودکان توسط رابایندگان مورد آزار و اذیت جنسی قرار گرفته و برخی به قتل می‌رسند. بزرگسالان اغلب از پاکی و معصومیت همچنین اعتماد سریع کودکان استفاده کرده و آنها را با خود همراه می‌برند حتی کودکان خردسال نیز به دستورات ابتدایی در مورد نحوهٔ شناسایی و پاسخدهی به موقعیت‌های احتمالاً خطرناک نیاز دارند. آموزشهای سلامتی باید بر آگاهی و هوشیاری دائم والدین نسبت به محل‌های رفت و آمد فرزندان تأکید ورزند.

نوجوانی

جهت تقویت رفتارهای ایمن در این گروه سنی پرستار و خانواده بایستی با هم همکاری و مشارکت نمایند. از آنجا که در این سن

کادر ۱ـ۲۶. تظاهرات رفتاری و فیزیکی خشونت و بدرفتاری با کودکان

سابقهٔ آسیب دیدگی‌های مشابه
کبودی‌های بی دلیل و متعدد
شکستگی‌های متعدد
سوختگی‌های حرارتی
جای زخم یا جای ضربهٔ شلاق
نشانه‌های گازگرفتگی
خروج ترشح از واژن
عفونت دستگاه ادراری
درد ناحیهٔ ژنیتال و خارش، قرمزی یا کبودی این ناحیه
بیماری مقاربتی
مشکلات خواب (کابوس‌های شبانه)
بیماری‌های روان‌تنی
کنجکاوی یا بازیهای جنسی بیش از اندازه
کاهش دقت و توجه و میزان موفقیت در مدرسه
ترس از افراد غریبه
تردید همیشگی نسبت به تکرار رفتارهای سوء

نوجوان زمان بیشتری در بیرون از منزل با دوستان خود یا در اتومبیل می‌گذارند، احتمال خطر تصادف با اتومبیل افزایش می‌یابد. دفتر آمار و سرشماری ایالات متحده (۲۰۰۲)، تصادف با اتومبیل را علت شمارهٔ یک مرگ ومیر کودکان سنین مدرسه، نوجوانان و افراد جوان معرفی می‌کند. نوجوانان کمتر احتمال دارد بعد از نوشیدنی رانندگی نمایند ولی در صورت مصرف نوشیدنی و رانندگی آمار حوادث افزایش می‌یابد. لازم است در زمینهٔ مهارتهای رانندگی ایمنی و اهمیت پوشیدن کمربند و مصرف الکل و دارو آموزش داده شود.

مصرف سیگار نیز یکی از مشکلات سلامتی در این گروه سنی است. بیش از ۳ میلیون کودک تقریباً در هرسال ۱ بیلیون پاکت سیگار می‌کشند. در این رابطه ۱۶ ساله‌ها در اوج قرار دارند (شاهینیان و هاوک ۱۹۹۸). نیمی از کودکانی که کشیدن سیگار را تجربه می‌نمایند به طور مداوم عادت به کشیدن سیگار پیدا می‌کنند که حداقل $\frac{1}{3}$ از این کودکان از بیماریهای مربوط به کشیدن سیگار از بین می‌روند. قوانین فدرال حداقل سن ۱۸ سال را برای خرید فراورده‌های توتون و تنباکو اعلام کرده و نصب بیلبوردهای تبلیغاتی مربوط به سیگار را در فاصلهٔ ۱۰۰۰ پایی مدارس و زمین‌های بازی ممنوع نموده است. پژوهشها نشان می‌دهند که برنامه‌های آموزشی و اطلاع رسانی می‌تواند نقش مهمی در به تأخیر انداختن یا جلوگیری کردن استعمال سیگار در بین جوانان داشته باشد (سارنا و لیلینگتون، ۲۰۰۲).

در سالهای اخیر در بین افراد نوجوان و بزرگسال جوان سوراخ کردن بدن بسیار افزایش یافته است که بیشتر در محلهایی مانند گوش، ابروان، لبها، زبان، پستان و دستگاه ژنیتال این کار انجام می‌گیرد. این کار بسیار سریع انجام گرفته و نیازی به بیهوشی ندارد ولی خطر عفونت در آن بسیار بالاست. صلیب سرخ آمریکا و کانادا گرفتن خون از افرادی که طی یکسال گذشته بدن خود را سوراخ کرده‌اند به علت احتمال خطر وجود ویروس هپاتیت B در اثر وسایل غیر استریل آلوده ممنوع نموده است. انتقال ویروس ایدز نیز در این حالت امکان‌پذیر است (البته با احتمال کمتر). تعداد معدودی از ایالات قوانینی را در مورد سوراخ کردن بدن وضع کرده‌اند. مراقبت بسیار دقیق پس از سوراخ کردن بدن می‌تواند خطر عفونت را کاهش دهد. پرستاران با آگاهی از خطرات سلامتی می‌توانند در انتقال این اطلاعات مؤثر واقع گردند (آرمسترانگ ۱۹۹۸).

نوجوانان و استفاده از اسلحه جزو مسائل بسیار حائز اهمیت ایمنی در نظر گرفته می‌شوند. طبق گزارش جدید CDC (۲۰۰۲)، در سال ۱۹۹۷، ۸۰٪ قربانیان جوان آدمکشی‌ها در اثر شلیک گلوله جان خود را از دست داده‌اند. ترت و همکارانش (۱۹۹۸) گزارش کردند ۶۵٪ نوجوانانی که خودکشی کرده‌اند از اسلحه استفاده نموده‌اند. نوجوانان نیاز دارند در رابطه با روشهای حل مشکلات بدون استفاده از خشونت وا سلحه و دستورالعمل‌های تطابق با تنیدگی‌های زندگی روزانه راهنمایی و هدایت گردند.

به کاراگرین وود فکر کنید، نوجوانی که خواهان بحث و گفتگو پیرامون خطرات تهدید کنندهٔ نوجوانان بود. امروزه مسائل و مشکلات بی‌شماری پیش روی نوجوانان قرار دارد و برای کمک به آنها باید اطلاعات مربوط به ایمنی را در اختیارشان نهاد تا آنها بتوانند در موردخطرات احتمالی که سلامتی‌شان را تهدید می‌کند تصمیمی عاقلانه بگیرند.

برای اطلاع بیشتر از موضوعات ایمنی مربوط به نوجوانان به ارتقاء سلامتی در خانه ۱ـ۲۶ رجوع کنید.

بزرگسالان

نیاز است تا اثرات تنش بر سلامتی و شیوهٔ زندگی جوانان و افراد میانسال یادآوری و گوشزد شود. بالا رفتن نیازها در خانواده و تأمین این نیازها می‌تواند عاملی در روی آوردن به رفتارهای ناسالم و مصرف الکل و مواد مخدر باشد. در ایالات متحده خشونت خانوادگی بسیار گسترش یافته است. مطالعات نشان می‌دهند $\frac{1}{4}$ از زنان در مرحله‌ای از زندگی در معرض خشونت‌های

خانوادگی قرار می‌گیرند (ژرارد ۲۰۰۰). بسیاری از مردان، زن و کودکان خود را مورد آزار و اذیت قرار می‌دهند. شواهد جدید نشان می‌دهند بین سوء استفادهٔ جنسی از کودکان و علائم جسمی مشخص در بزرگسالی (نظیر علائم گوارشی، اختلالات تغذیه‌ای و سوء استفاده از مواد) ارتباط وجود دارد. پرستار ممکن است مستقیماً در آموزش سلامتی درگیر گردیده و موارد مشاوره را انجام دهد یا ممکن است از منابع دیگر خانواده جهت حمایت از ایمنی و سلامتی و از بین بردن چرخهٔ خشونت استفاده نماید. سه واژهٔ RADAR می‌تواند در غربالگری، بررسی و شناخت و تدابیر مربوط به خشونت و سوء استفاده مفید واقع گردد:

- R: غربالگری روتین تمامی بیماران زن بالای ۱۴ سال از نظر علائم آشکار سوء رفتار و خشونت، همچنین شکایت از تنیدگی و دیگر نشانه‌های فیزیکی.
- A: پرسیدن سؤالاتی ساده و مستقیم در محیطی امن.
- D: ثبت یافته‌های ذهنی و استفاده از نقل قول‌های مستقیم قربانی خشونت
- A: بررسی ایمنی فرد قربانی خشونت و فرزندان وی و تعیین نیاز آنها به سرپناه یا تمایلشان جهت رفتن به خانهٔ فرد دیگر.
- R: مرور و بازنگری انتخاب‌ها و منابع نظیر شماره تلفن پلیس، فهرست سرپناه‌های موجود و تلفن مستقیم ویژه مواقع بحرانی (ژرارد، ۲۰۰۰).

بزرگسالان دیگر

بیشتر حوادث مربوط به افراد سالمند قابل پیشگیری است. سقوط، سوختگی و حوادث ناشی از وسایل نقلیه موتوری همگی خطرات مهم در این گروه سنی هستند. در سال ۱۹۹۸ سقوط و زمین خوردگی علت اصلی مرگ ومیرهای ناشی از آسیب‌دیدگی در بزرگسالان ۶۵ ساله و بیشتر بوده است (CDC، ۲۰۰۱). تغییرات بینایی و تأخیر در زمان واکنش‌ها همچنین اختلال در تفکر به دلیل بیماری ذهنی، می‌تواند در رانندگی فرد سالمند اثر داشته باشد. بعضی از افراد بسیار محتاط هستند، در حالی که بعضی دیگر بسیار بی دقت می‌باشند. یکی از تدابیر مهم کمک به افراد سالمند رانندگی ایمن است که شامل حفظ اتومبیل در بالاترین شرایط رانندگی، انجام معاینات مرتب چشم، استفاده از لنز در صورت لزوم و کاهش صدای رادیو و وسایل دیگر می‌باشد. بعضی از ایالت‌ها جهت صدور گواهینامه رانندگی در افراد سالمند آزمایش‌های دیگری را در نظر می‌گیرند. افراد سالمند در معرض خطر صدمات سوختگی نیز می‌باشند. گیجی، فراموشکاری و کاهش بینایی و بویایی از عوامل مربوط به صدمه هستند. حوادث مربوط به افزایش دوز و مقدار دارو نیز ایمنی را به خطر می‌اندازد که بیشتر مربوط به اختلال دید و یا گیجی است. وسایل خاصی، مثل بسته‌ها و سینی‌های دارویی، می‌توانند به عنوان یک یادآوری کننده، در جلوگیری از مصرف مقادیر زیاد دارو توسط بیمار سالمند مؤثر باشند.

پیشگیری از زمین خوردگی در خانه

بالاترین علت سقوط و زمین خوردگی در منزل شامل سطوح لغزنده، روشنایی اندک، ریخت و پاش و شلوغی، نامناسب بودن لباس و سر خوردن است. مسیرهای شلوغ در منزل، حمام و نواحی ورودی و خروجی خانه، از جمله مناطق خطرناک برای سالمندان به شمار می‌آیند. رعایت نکات ساده‌ای مثل وجود دستگیره‌هایی در حمام یا روی پله‌ها، کافی بودن روشنایی و دور انداختن یا تعمیر وسایل شکسته می‌تواند از سقوط در منزل جلوگیری نماید. بررسی و شناخت ایمنی بوسیلهٔ پرستاران مراقب سلامتی نقش بسزایی در پیشبرد ایمنی در محیط منزل دارد (به کادر ۴-۲۶ با عنوان چک لیست ایمنی در خانه رجوع کنید).

بسی واشینگتن را به یاد آورید، زن سالمندی که پس از حادثه مغزی ـ عروقی ناچار بود با عصا راه برود. یکی از اقدامات کلیدی در طرح مراقبتی مربوط به این بیمار بررسی کامل ایمنی خانه توسط پرستار مسئول مراقبت در خانه است. این بررسی در شناسایی حوزه‌هایی که ایمنی بیمار را افزایش می‌دهند و خطراتی که باید مورد توجه قرار گیرند، ارزشمند واقع می‌شود.

تست «برخیز و راه برو[1]»، یک ابزار ارزشیابی ساده است که می‌تواند بیماران در معرض خطر زمین خوردگی را شناسایی کند (کیم بال، ۲۰۰۱). عوامل متعددی نظیر بینایی ضعیف، اثرات داروهای گوناگون، ضعف اندامهای انتهایی تحتانی و اختلال در گام برداشتن و راه رفتن قادرند توانایی تحرک بیمار را کاهش دهند. تست شامل مراحل زیر است:

- از بیمار بخواهید کاملاً صاف روی صندلی بنشیند و پشت خود را به صندلی تکیه دهد. وضعیت بدنی وی را در حالت نشسته مشاهده نمایید.
- از بیمار بخواهید بایستد. آیا وی می‌تواند با حرکتی روان و آسان از جا بلند شود یا باید با دستان خود به یک سطح فشار وارد آورده و در وضعیت ایستاده قرار گیرد؟ آیا برای ایستادن به چندین تلاش پیاپی احتیاج دارد؟
- به محض ایستادن، از بیمار بخواهید چشمان خود را

1- Get up and go

باز نگهداشته و تا حد امکان بی حرکت در همان وضعیت ایستاده باقی بماند. حال بخواهید چشمان خود را ببندد. ثبات و پایداری بدن وی را مشاهده نمایید.

● از بیمار درخواست کنید چشمان خود را باز کرده و ۱۰ قدم (۳ متر) راه برود و به محض تمام شدن این مسافت بچرخد و به سمت صندلی بازگردد.

در طول مدت انجام تست، ثبات بدنی، تعادل، نحوهٔ گام برداشتن و راه رفتن و قدرت پایین تنه را بررسی نمایید. نقص در هریک از موارد بالا می‌تواند فرد را مستعد زمین خوردن نماید. تست «برخیز و راه برو» در واقع شامل برخاستن از روی صندلی، راه رفتن به اندازهٔ ۱۰ پا و بازگشتن به طرف صندلی است. اگر زمان انجام تست ۹ ثانیه یا کمتر طول بکشد، تحرک بیمار در حد کامل است. زمان ۱۰ تا ۱۹ ثانیه نشان می‌دهد فرد از استقلال تقریباً کاملی برخوردار می‌باشد. اما زمانهای بیشتر دال بر اختلال در وضعیت تحرک هستند (کیم بال، ۲۰۰۱). سالمندان می‌توانند با انجام فعالیت فیزیکی منظم به تقویت اندامهای انتهایی تحتانی و بهبود تعادل در خود بپردازند. فنون سلحشوری تای‌شی، یکی از ورزشهای روتین است که می‌تواند بویژه در این رابطه مؤثر واقع شود. این فنون شامل حرکات آرام و سنجیده هستند و در هر مکانی می‌توان آنها را تمرین کرد. تای شی با ایجاد ثبات و کنترل تعادل مانع زمین خوردن سالمندان می‌شود.

کادر ۲-۲۶. اقدامات پرستاری جهت پیشگیری از زمین خوردگی در مراکز مراقبت سلامتی

● بررسی خطر را برای بیمار کامل کنید.
● با نصب علامتی بر در اتاق یا چارت بیمار، خطر افتادن بیمار را اطلاع دهید.
● تخت را در وضعیت پائین قرار دهید.
● چرخهای روی تخت و صندلی چرخدار را قفل کنید.
● زنگ اخبار را در دسترس بیمار قرار دهید.
● طرز استفاده از زنگ اخبار را به بیمار آموزش دهید.
● با به صدا درآمدن زنگ بلافاصله به آن پاسخ دهید.
● در شب چراغها را روشن بگذارید.
● خطرهای فیزیکی موجود در اتاق را برطرف نمایید (کف خیس اتاق، به هم ریختگی و شلوغی).
● کفشی برای بیمار تهیه کنید که لیز نباشد.
● آب، دستمال کاغذی و لگن یا لولهٔ ادرار را در دسترس بیمار قرار دهید.
● هرگونه تغییر در وضعیت شناختی بیمار را به پزشک و پرستاران دیگر (هنگام تغییر شیفت) گزارش دهید.
● به جای مهارکننده‌های حرکتی در موارد لزوم از راهکارهای دیگر استفاده کنید.
● به عنوان آخرین راه چاره و مطابق با خط مشی مؤسسه، از مهارکننده‌هایی استفاده کنید که با حداقل محدودیت حرکتی همراه هستند.
● در صورت استفاده از مهارکننده‌های حرکتی، مددجو را در فواصل زمانی مشخص مورد بررسی قرار دهید.

پیشگیری از زمین خوردن در مراکز مراقبت

اقدامات ایمنی توصیه شده برای کاهش تعداد موارد زمین خوردن در تسهیلات مراقبتی حاد و درازمدت در کادر ۲-۲۶ شرح داده شده‌اند. برخی از وسایل ایمنی متداول مورد استفاده در مراکز مراقبت سلامتی در شکل ۴-۲۶ نشان داده شده‌اند.

استفاده از مهارکننده‌های حرکتی در مراکز مراقبت سلامتی

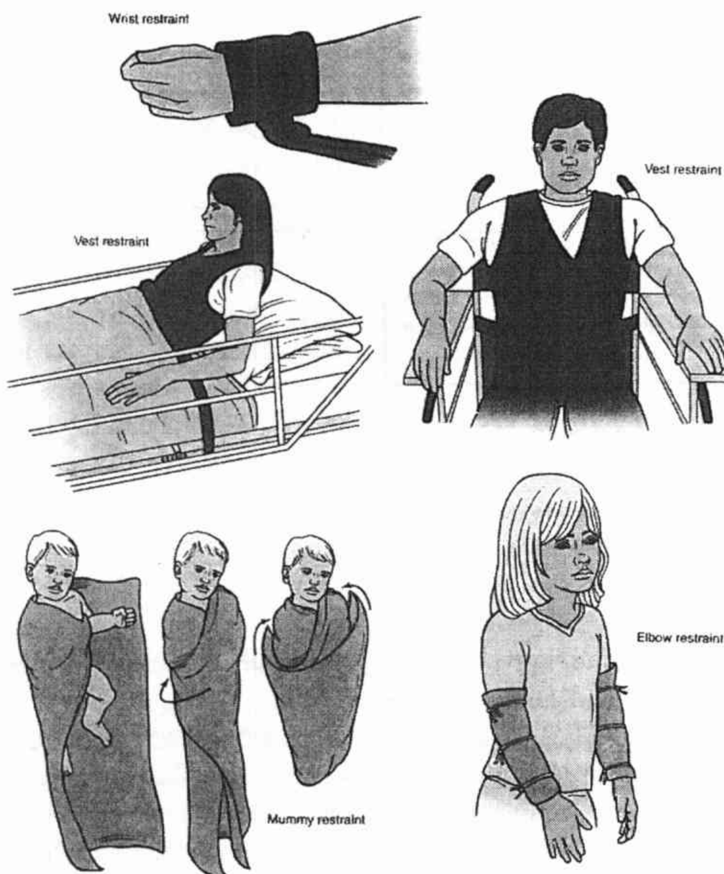
مهارکننده‌ها، وسایل فیزیکی هستند که جهت محدود نمودن حرکت بیمار استفاده می‌شوند. انواعی از محدود کننده‌های فیزیکی شامل نرده‌های کنار تخت، صندلی‌های مجهز به سینی و وسایلی می‌باشند که به کمر، زانو یا مچ بسته می‌شوند. تصویر ۵-۲۶ نمونه‌هایی از مهارکننده‌های فیزیکی مورد استفاده برای کودکان و بزرگسالان را نشان می‌دهد. داروهایی که برای کنترل رفتار مددجویان مورد استفاده قرار می‌گیرند و جزو رژیم دارویی معمول آنها نیستند را می‌توان مهار کننده‌های شیمیایی در نظر گرفت. در گذشته، مهار حرکات بیمار جهت ممانعت از آسیب‌رساندن وی به خود به عنوان مراقبتی قابل قبول در نظر گرفته می‌شد اما مطالعات جدید نشان می‌دهند استفاده از مهارکننده‌ها با هدف مذکور سؤال برانگیز و مشکوک است.

بیماران مسن نسبت به بیماران جوان بیشتر در معرض محدودیت‌های حرکتی قرار میگیرند. بیماران سالمندی که حرکات آنها مهار و محدود شده، ۸ برابر بیشتر از دیگر سالمندان که از مهارکننده‌های حرکتی استفاده نکرده‌اند با احتمال مرگ روبرو هستند. و تقریباً ۵۰٪ بیماران سالمند دارای مهارکننده‌های حرکتی حین استفاده از مهارکننده‌ها به زمین افتاده یا متحمل آسیب‌دیدگی می‌گردند (تاپیرکوفسکی، ۲۰۰۲). هرچقدر مراقبین سلامتی در مورد خطرات ناشی از مهارکننده‌های حرکتی آموزش می‌بینند کمتر از آنها استفاده می‌کنند. خطرات فیزیولوژیکی ناشی از بکارگیری مهارکننده‌های حرکتی شامل موارد زیر است:

● خطر خفگی در اثر بستن نامناسب مهارکننده‌های حرکت کمر و یا گیر افتادن در لابلای نرده‌های کنار تخت
● صدمه به گردش خون
● تغییر در سلامت پوست (کبودی، پارگی، خراشیدگی)
● زخم فشاری و انقباضهای پاتولوژیک



شکل ۴ـ۲۶. برخی وسایل ایمنی مورد استفاده در مؤسسات مراقبت سلامتی و خانه جهت پیشگیری از زمین‌خوردگی. (A) در حالت استراحت نردهٔ کنار تخت بیمار بالا آورده می‌شود، بیمار باید خود بتواند نرده‌های کنار تخت را بالا و پایین آورد. (B) قفل مخصوص وسایل چرخدار (C) دمپایی‌هایی که کف آنها سُر و لغزنده نیست.



شکل ۵ـ۲۶. انواعی از مهارکننده‌های حرکتی مخصوص کودکان و بزرگسالان را مشاهده می‌کنید. هدف از بکارگیری مهارکننده‌های حرکتی، پیشگیری از آسیب‌دیدگی است. مهارکننده‌ها نباید مانع عملکردهای فیزیولوژیکی نظیر آسیب به گردش خون، محدودیت فعالیت عضلات در نواحی بی‌حرکتی یا اختلال در تنفس گردند.

● کاهش تودهٔ استخوانی و عضلانی
● شکستگی‌ها
● تغییر در وضعیت تغذیه و هیدراتاسیون
● اسپیراسیون و مشکلات تنفسی
● بی‌اختیاری
● تغییر در وضعیت ذهنی (ستیزه‌جویی، افسردگی، عصبانیت)

پژوهشها نشان داده‌اند که مهار کننده‌های حرکتی نه تنها ایمنی فرد را تضمین نمی‌کنند بلکه با آسیب‌های‌کشندهٔ بیشتری نیز همراه هستند.

از سال ۱۹۸۷، حکومت فدرال و مؤسسات در رابطه با کاهش یا محدود نمودن استفاده از مهارکننده‌های حرکتی استوارنامه‌ای تهیه نموده‌اند. خط مشی از طرف ادارهٔ مالی مراقبت به عنوان قسمتی از توافق نامهٔ تنظیمی ۱۹۸۷ در تأکید بر استفاده کمتر از مهارکننده‌های حرکتی در مراکز مراقبت سلامتی درازمدت ارائه گردیده است. حکومت فدرال و کمیسیون مشترک سازمان مراقبت بهداشتی (JCAHO) توصیه نموده‌اند مؤسسات مراقبتی حاد از مهارکننده‌های حرکتی به عنوان آخرین راه چاره استفاده کنند (برنر و دافی ـ دورنین ۱۹۹۸). JCAHO (۱۹۹۸) در تلاش جهت کاهش استفاده از مهارکننده‌های حرکتی در تمامی مراکز مراقبت سلامتی بیان می‌دارد که مهارکننده‌های حرکتی می‌توانند باعث صدمهٔ فیزیکی و روحی ـ روانی، صدمه به ارزش و شأن بیمار و حتی مرگ وی گردند. تمامی مراکز مراقبت سلامتی که تحت پوشش بیمه‌های مدیکر[1] و مدیکید[2] هستند باید از دستورالعمل‌های دولت فدرال در زمینهٔ استفاده از مهارکننده‌های حرکتی تبعیت نمایند. محدودیت‌های مورد نظر در انجام فعالیت تنظیم شده، بیشتر از سوی بیمار و خانواده مورد قبول واقع می‌شوند.

استفاده از نردهٔ کنار تخت به عنوان مهارکنندهٔ حرکتی

در گذشته، نرده‌های کنار تخت برای حمایت از بیمار و کمک به تعادل وی مورد استفاده قرار می‌گرفتند اما امروزه مشخص گردیده که نرده‌های کنار تخت می‌توانند بیمار بی‌قرار و یا دچار گیجی را با خطرات جدی مواجه سازند. مرگ ناشی از خفگی زمانی رخ می‌دهد که بیماران بین تشک و چارچوب تخت یا نرده‌های کناری تخت گیر کنند. مطابق با آمار سازمان نظارت بر دارو و غذای ایالات متحده (FDA)، بین سالهای ۱۹۸۵ و ۱۹۹۹، ۶۰٪ از ۳۷۱ بیماری که بین تشک و نرده‌های کنار تخت گیر افتاده بودند جان خود را از دست داده‌اند. اکثر قربانیان را سالمندان، افراد ضعیف و کم بنیه و افراد دچار کانفیوز و گیجی و یا افرادی تشکیل می‌دادند که حرکت بدنی در آنها کنترل نشده بود (تاد، ۲۰۰۲). هشدار ایمنی سال ۱۹۹۵ FDA به اطلاع‌رسانی مؤسسات مراقبت سلامتی در زمینهٔ خطرات استفاده از نرده‌های کنار تخت مربوط می‌شود.

اگر بیمار درخواست کند جهت کمک به وارد و خارج شدن از تخت نرده‌های کنار تخت را بالا بکشند، در آن صورت دیگر نرده‌های کنار تخت به‌عنوان مهارکنندهٔ حرکتی در نظر گرفته نمی‌شوند. برخی بیماران می‌خواهند در طول شب نرده‌های کنار تخت بالا آورده شود تا آنها احساس امنیت بیشتری بنمایند (تصویر ۴A-۲۶). بیمار باید خود بتواند نرده‌های کنار تخت را بالا یا پایین آورد. در صورت درخواست اعضای خانواده مبنی بر استفاده از نرده‌های کنار تخت، این وظیفهٔ پرستار است که مزایا و معایب استفاده از آن را مرور نماید و بطور متناوب علت استفاده از آن را ارزیابی کند.

استفاده‌از روشهای دیگر بجای مهارکننده‌های حرکتی

بررسی و شناخت پرستاری در شناسایی روش‌های مناسب دیگر به جز مهارکننده‌های حرکتی و یافتن راه‌حل‌های فردی اقدامی بسیار کلیدی می‌باشد (به کادر ۳-۲۶ رجوع کنید). شکل ۶-۲۶ نمونه‌ای از وسیلهٔ الکتریکی حساس به وضعیت بدنی (آمبولارم) را نشان می‌دهد که می‌تواند جایگزین مهارکننده‌های حرکتی شود. استفاده از مهارکننده‌های حرکتی برای بیمار سالمندی که دچار سرگردانی است ناعادلانه می‌باشد چون از روشهای گوناگون دیگری نیز می‌توان جهت حفظ امنیت این گونه بیماران استفاده کرد.

استفاده از مهارکننده‌های حرکتی به‌عنوان آخرین راه چاره

علیرغم تمامی تلاش‌ها، مهارکننده‌های حرکتی می‌توانند در برخی موقعیت‌ها، تنها راه چاره باشند. در چنین مواردی ابتدا باید از حداقل مهارکننده‌های حرکتی استفاده کرد. دی بارتولو (۱۹۹۸) و ناپیروفسکی (۲۰۰۲)، خط مشی‌های زیر را حین استفاده از مهارکننده‌های حرکتی به عنوان آخرین راه چاره توصیه نموده‌اند:

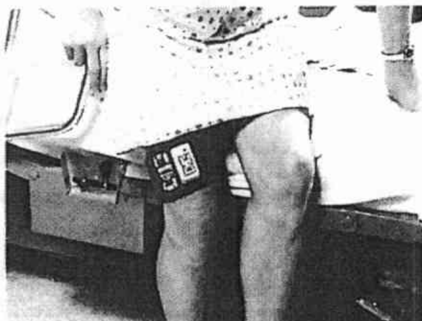
● جهت استفاده از مهارکننده‌های حرکتی باید به شرایط فعلی بیمار نه سابقهٔ قبلی وی تکیه نمود. از مهارکننده‌ها هرگز نباید برای راحتی کارکنان استفاده کرد.
● ارزیابی از نظر ضربه و صدمه. آیا بیمار در معرض صدمه به خود یا دیگران قرار دارد.

1- Medicare خدمات درمانی سالخوردگان
2- Medicaid خدمات درمانی نیازمندان

کادر ۳ـ۲۶. انتخاب روشهای دیگر به جای مهارکننده‌های حرکتی

- تعیین الگوی رفتاری
- تسکین درد
- درگیر نمودن خانواده در مراقبت‌ها
- کاهش سر و صدا
- کنترل محیط از لحاظ وجود خطر
- استفاده از روشنایی در شب
- مشخص نمودن در اتاق (با کمک بادکنک، عکس بیمار، روبان)
- استفاده از سیستم زنگ خطر (تخت یا زنگ حساس به وضعیت بدن)
- در صورت اطمینان از امن بودن محیط، به بیمار بی قرار اجازه داده شود تا قدم بزند.
- از یک گیاه بزرگ یا وسیله و اثاث به عنوان مانعی در محدود نمودن • سرگردانی فرد در محدودهٔ رفت و آمد وی استفاده شود.
- تخت در ارتفاع پایین قرار داشته باشد.
- استفاده از زیرانداز حصیری بر روی کف زمین در هر دو طرف تخت
- استفاده از لمس درمانی
- انتخاب موسیقی یا برنامهٔ ویدیویی طبق سلیقهٔ بیمار
- استفاده از بالش در کنار صندلی جهت تکیه گاه مطمئن بیمار
- استفاده از بالش‌هایی بلند به اندازهٔ طول بدن
- کمک به بیمار جهت رفتن به دستشویی
- تهیه توالت مخصوص کنار تخت بیمار
- تا جایی که امکان دارد محیط را مانند منزل فرد آماده کنید.
- نوشیدنی ولرم آماده نمایید.
- تهیهٔ صندلی‌های گهواره‌ای راحت
- به بیمار اجازه داده شود تا در کارهای سبک و ساده به پرسنل کمک نماید.
- تشویق فرد به ورزش روزانه
- در صورت امکان بعضی از وسایل مربوط به درمان مثل آنژیوکت، کاتتر، لولهٔ تغذیه را بردارید.

- با افراد خانواده صحبت گردد و قبل از بکارگیری مهارکننده‌ها از آنها خواسته شود در طرح مراقبتی شرکت نمایند. آنها باید از خط مشی‌های مؤسسه در مورد استفاده و عدم استفاده از مهارکننده‌های حرکتی آگاه باشند. از آنها باید خواست فرم ویژهٔ مؤسسه را امضاء کنند تا مؤسسه در این رابطه مسئولیتی نداشته باشد.
- ابتدا سعی شود از روشهای دیگری به جز مهارکننده‌های حرکتی استفاده گردد، همچنین میزان موفقیت این روشها تعیین شود.
- در صورت لزوم استفاده از مهارکننده‌های حرکتی به پزشک اطلاع داده شود. تجویز استفاده از مهارکننده‌ها توسط پزشک و متخصصین بهداشتی رعایت خط مشی‌های مؤسسه و JCAHO و دستورالعمل‌های ایالتی و کشوری لازم است. دستور صادر



شکل ۶ـ۲۶: یک نمونه‌از وسیلهٔ‌الکتریکی حساس به وضعیت بدنی

شده باید شامل نوع مهارکنندهٔ حرکتی، توجیه استفاده از مهارکنندهٔ حرکتی و معیارهای برداشتن آن باشد. دستور استفاده از مهارکننده‌های حرکتی هرگز نباید به صورت استفادهٔ p.r.n نوشته شود.

- در موقعیت‌های اورژانس نیز ممکن است از مهارکننده‌های فیزیکی استفاده شود اما دستور پزشک باید ظرف مدت ۱ ساعت تهیه گردد. در دستور پزشک طول مدت استفاده باید قید شود.
- بیمار باید بطور منظم کنترل و بررسی شود. بررسی در بزرگسالان هر ۴ ساعت و در کودکان سنین ۱۷ـ۶ حداقل هر ۲ ساعت و در کودکان زیر ۹ سال حداقل هر ۱ ساعت انجام می‌گیرد.
- زمان و تاریخ استفاده از مهارکننده‌های حرکتی، نوع مهارکننده، روشهای دیگر مورد استفاده و نتایج آنها و اطلاع دادن به پزشک و اعضای خانوادهٔ بیمار باید ثبت شود. حین برداشتن مهارکننده‌ها نیز دفعات انجام بررسی، یافته‌هایی که به دست آورده‌اید، همچنین اقدامات پرستاری را قید نمایید.

خط مشی‌های روشن و واضح مؤسسات به پرستار در تعیین این که چه وقت و چه نوع مهار کننده حرکتی استفاده نماید کمک می‌کند. خط مشی به وضعیت ایمنی بیمار و ارزش و شأن و مقام وی جهت یک زندگی با کیفیت مربوط می‌شود. پیگیری ارزیابی مجدد بسیار مهم است. فصل ۲۷ در مورد موارد قانونی استفاده از مهارکننده‌های حرکتی بحث می‌نماید. دانشجویان پرستاری، علاوه بر بررسی رفتارهای خود جهت شناسایی و بررسی عامل رفتارهای بیمار هم به کمک نیاز دارند. بررسی و شناخت دقیق بیمار در بکارگیری راهکارهای خلاق دیگری به جز مهارکننده‌های حرکتی مورد نیاز است. روش ۱ـ۲۶، نحوهٔ صحیح استفاده از مهارکننده‌های حرکتی را مشخص می‌سازد.

پژوهش در پرستاری ایجاد تفاوت

استفاده از روشهای خلاق دیگر جهت کاهش استفاده از مهارکننده‌های حرکتی در مراکز پزشکی بزرگ

اگرچه قانون تطبیق کلیات بودجه، استفاده از مهارکننده‌های حرکتی را در مراکز مراقبتی درازمدت کاهش داده است اما توجه به محیط‌های بدون مهارکنندهٔ حرکتی هنوز به تسهیلات مراقبتی حاد انتقال پیدا نکرده است. با وجود اینکه مطالعات انجام شده کماکان پیامدهای منفی استفاده از مهارکننده‌های حرکتی را تأیید می‌نمایند پرستاران مراکز مراقبتی حاد نمی‌توانند به راحتی روشهای دیگر را جایگزین مهارکننده‌های حرکتی بنمایند چراکه همواره این نگرانی را دارند فرد دچار بیماری حاد و بحرانی بدون مهارکننده‌های حرکتی وسایل پزشکی تهاجمی و ضروری را از محل خود خارج سازد. شاید یافته‌های تحقیقاتی بیشتر و برنامه‌های آموزشی که به راهکارهای متفاوت دیگر به جز استفاده از مهارکننده‌های حرکتی پرداخته‌اند بتوانند پرستاران مراکز مراقبتی حاد را به سمت عدم استفاده از مهارکننده‌های حرکتی حین مراقبت تشویق نمایند.

تحقیق مربوطه

کابل ـ پی و دیویس. جی (۲۰۰۱) کاهش استفاده از مهارکننده‌های حرکتی در مراکز پزشکی درجه ۳. ژورنال پرستاری

هدف از این پژوهش، کاهش استفاده از مهارکننده‌های حرکتی در ۸۷۷ تخت یک مرکز مراقبتی حاد و افزایش آگاهی کارکنان از روشهای دیگر به جز مهارکننده‌های حرکتی بود. گروه کاری متشکل از نمایندگان تمامی قسمت‌های بیمارستان به اجرای رویکردی ۴ مرحله‌ای پرداختند. تمامی انواع مهارکننده‌های حرکتی بازنگری شدند و از بین آنها نگهدارنده‌های دست و پا و جلیقه‌های مهار کنندهٔ حرکت به عنوان ایمن‌ترین وسایل با حداقل قدرت مهارکنندگی انتخاب گردیدند. تمامی کارکنان پیرامون این مهارکننده‌های حرکتی آموزش ضمن خدمت دیدند. به علاوه، جعبه‌ای حاوی وسایل سرگرم‌کننده برای هر واحد پرستاری جهت استفاده بیماران تهیه گردید. این وسایل شامل دکمه، زیپ و نوارهای خود چسب و لکرو بودند. بالاخره، یک نوار ویدیویی ۳۰ دقیقه‌ای تهیه شد که به مرور خط مشی‌ها می‌پرداخت و نحوهٔ استفاده از جعبهٔ مذکور را نشان می‌داد و تمامی کارکنان نیز آن را تماشا کردند. تعداد مهارکننده‌های حرکتی خریداری شده طی یک دورهٔ ۸ ماهه قبل از اجرای برنامه با دورهٔ ۸ ماههٔ پس از اجرای این برنامه با هم مقایسه شدند. نتایج، نشان دهندهٔ کاهش ۶۰ درصدی تعداد نگهدارنده‌های دست و پا و کاهش ۱۳ درصدی تعداد جلیقه‌های مهارکنندهٔ حرکتی خریداری شده بودند. کارکنان گزارش نمودند که ابتکار عمل در مهار حرکات به روش جدید برای بیماران دچار کانفیوزن خفیف تا متوسط و سالخوردگان در مرحلهٔ پس از عمل بسیار مؤثر بوده است. اما برای بیماران مبتلا به بیماری بحرانی یا افراد سالخوردهٔ بسیار کانفیوز و دچار عدم تشخیص موقعیت حداقل تأثیر را داشته است.

ارتباط عملکردهای پرستاری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهند که استفاده از مهارکننده‌های حرکتی را در مراکز مراقبتی حاد می‌توان با استفاده از فعالیت‌های سرگرم کنندهٔ خلاق کاهش داد. آگاه کردن مکرر کارکنان از جدیدترین اطلاعات پیرامون کسب برآیندهای مثبت در صورت استفاده از مهارکننده‌های حرکتی به عنوان آخرین راه چاره نیز مفید واقع شد. برای پی بردن به وجود دیگر نوآوری‌ها و ابتکار عمل‌هایی که می‌توانند بیماران مبتلا به بیماریهای بحرانی و شدیداً کانفیوز را سرگرم سازند به تحقیقات بیشتری نیاز است. تعداد کارکنان و کارگران دارای مهارتهای متعدد در یک مرکز مراقبتی نیز می‌تواند بر استفاده از مهارکننده‌های حرکتی تأثیر می‌گذارد.

پیشگیری از آتش‌سوزی و حفظ ایمنی مربوط به آتش‌سوزی

غفلت و بی‌مبالاتی در کشیدن سیگار، وسایل الکتریکی خراب و احتراق عوامل بیهوشی از علل شایع آتش‌سوزی‌های بیمارستانی می‌باشند. مرکز مراقبت سلامتی بر آگاه نمودن افراد در مورد پیشگیری از آتش‌سوزی و خط مشی مربوط به کشیدن سیگار تأکید دارد. پرستاران مسئول ایمنی بیماران بوده و بایستی از برنامهٔ ایمنی مرکز، راههای خروج و محل و عمل آتش خاموش کن و هرگونه دستور خاصی جهت گزارش آتش‌سوزی آگاه باشند. بیشتر روشهای بیمارستانی بر پیگیری اولویت‌ها تأکیدداشته و توصیه می‌دارد که کارکنان راهنمای RACE را به خاطر داشته باشند.

R: هر فردی که در معرض خطر فوری قرار دارد نجات دهند.

A: سریع کد آتش‌سوزی را فعال نموده و به‌افراد مناسب اطلاع‌دهند.

C: با بستن درها و پنجره‌ها آتش را مهار کنند.

E: بیماران و افراد دیگر به جای امن برده شوند.

آتش خاموش کن نوع ABC، که محتوی ماده‌ای شبیه جوش شیرین است در مراکز مراقبتی بیشتر استفاده می‌شوند و جهت هر نوع آتش قابل استفاده هستند.

د رخانه اغلب اوقات سیگار، روغن و مشکلات الکتریکی باعث آتش‌سوزی می‌شوند. آموزش پرستاران به والدین در مورد ایمنی آتش‌سوزی در منزل، شامل همان برنامه‌ریزی‌هایی است که در مراکز مراقبتی انجام می‌شود. اولویت‌ها و عملکردها در کادر ۴ـ۲۶ شرح داده شده‌اند.

پیشگیری از مسمومیت

هماهنگی تلاش و کوششهای افراد، انجمن‌ها، دولت و حکومت، میزان مرگ و میر ناشی از مسمومیت‌ها را کاهش داده است. ظروف دارای حفاظ مخصوص کودکان، یکی از علل اصلی کاهش مرگ و میر هستند. تدابیر پرستاری مستلزم آموزش سلامتی با هدف پیشگیری از حوادث مسمومیت در منزل است. هر خانه‌ای باید شماره تلفن نزدیکترین مرکز کنترل مسمومیت را در

توسعه مهارتهای تفکر پویا ۱ـ۳۶

مهارکننده‌های حرکتی

شما دانشجوی پرستاری هستید که از خانم میچل ۸۲ ساله ساکن خانهٔ پرستاری که به علت دزهیدراتاسیون ثانویه به پنومونی بستری گردیده است مراقبت می‌کنید. حال او بهتر شده است. بطوری که اجازه دارد دورهٔ کوتاهی با کمک راه برود و در حد تحمل بنشیند، یک روز صبح که تازه به او رسیدید او بیدار بودو با عصبانیت تقاضا می‌کرد که جلیقهٔ مهارکنندهٔ حرکتی اش را بردارید تا بتواند بدون کمک در حمام حرکت کند. شما اینکار را انجام دادید، به او در حمام کمک نمودید نگران این مسئله بودید آیا دوباره هنگامی که او را به رختخواب برگردانید، به آن نیاز پیدا می‌کنید یا نه. او به نظر کاملاً سر حال می‌آید و از شما می‌خواهد که مهارکنندهٔ حرکتی را بردارید و با عصبانیت آن را پس می‌زند، هنگامی که شما تلاش می‌کنید از روی سر لباس را به او بپوشانید. شما گفتهٔ او را در مورد مهارکنندهٔ حرکتی به خاطر نمی‌آورید و هنوز از پرستار مسئول گزارش را این زمینه داده نشده است. عقیدهٔ ما این است که او را از مهارکنندهٔ حرکتی راحت کنید. شما از یک طرف با اینکه نیاز وی جهت استفاده از مهارکنندهٔ حرکتی را احساس می‌کنید تمایل دارید مهارکننده را بردارید، در عین حال فکر می‌کنید با تحمل خشم وی و محدودیت شدید او می‌توانید نیازهای وی را مشخص کنید. شما خانم میشل را دوست دارید و از اینکه شخصی با بی میلی باید با یک پیرزن ۸۲ ساله سر و کله بزند متأسف هستید.

۲ـ اهداف تفکر

- کوتاه مدت: در مورد نیاز به مهارکننده‌های حرکتی جهت خانم میچل با احتیاط تصمیم بگیرید یا سعی نمایید نیاز به مهارکنندهٔ حرکتی را با پرستار مسئول مشخص نمایید.
- بلند مدت: فواید محدود نمودن حرکات بیمار را در موقعیت‌های مختلف ارزیابی کنید تا در آینده تصمیم‌گیری آسانی داشت باشید.

۲ـ کافی بودن اطلاعات

- در رابطه با موضوع: در طی بیدار شدن، ممکن است بیمار زمانی که بدون کمک سعی در خارج شدن از تخت دارد در معرض سقوط قرار گیرد و امکان افتادن جهت وی وجود دارد. شما به وضع و حالت وی حساس شده‌اید که وی را خلاف میلش به تخت آورده و تعجب می‌کنید آیا بی‌حرمتی به شأن و مقام بیمار و آزادی وی شده است. در حالی که پرستارها بطور معمول توقع دارند اینکار را انجام دهند، شما از خطرات قانونی این مسئله مطمئن نیستید ولی اطمینان دارید که به عنوان پرستار مسئول ایمنی او بوده و نباید غفلت کنید.
- دانش لازم: جهت تصمیم‌گیری در این موقعیت، شما به اطلاعاتی در مورد نیاز بیمار به مهارکننده‌های حرکتی و فواید و خطرات مربوط به آن احتیاج دارید. شما بایستی بدانید که چگونه می‌توانید تعیین نمایید که چه امر مناسبی در موفق شدن این موقعیت لازم است. همچنین باید با خط مشی بیمارستان راجع به مهارکننده‌های حرکتی آشنا باشید و مقررات را بدانید. بطور مثال از نظر یک فرد، عدم بکار بردن مهارکننده‌های حرکتی ممکن است به عنوان یک غفلت محسوب گردد. در حالی که فرد دیگر محدودیت حرکتی برخلاف میلش را ممکن است به عنوان حمله و تهاجم به خود محسوب نماید.
- امکان برای اشتباه: در هنگام خطرهای اساسی شما مجاز هستید یا سقوط را انتخاب کنید و یا بی حرمتی به شأن انسانی، امکان اشتباه وجود دارد. زمانی که بدانید؟ خطر افتادن کدامست باید از اشتباه خودداری کنید.
- نیاز او را به محدود شدن بررسی کنید. اگر این یک انتخاب است، شما به سرعت تصمیم بگیرید و اولویت را مشخص نمایید: گزارش دادن، شروع مراقبت از بیمار و غیره.

۳ـ مسائل بالقوه (ذاتی):

- تمایل واقعی جهت انجام کار صحیح ولی اضطراب شدید در رابطه با عدم آگاهی
- عدم مشارکت بیمار تحت هر شرایطی اشتباه است.
- ترس از اینکه اگر وی را به لحاظ حرکتی محدود نکنید و او بیفتد شما قانوناً مسئول خواهید بود.
- ترس از یک تصمیم‌گیری بالینی اشتباه که باعث گردد درجه حرفه‌ای شما به خطر افتد.
- امید به این که مهارتهای بین فردی خوب ممکن است از لحاظ زمان به شما کمک کند.

۴ـ منابع کمک کننده:

منابع کلیدی شامل همکاران با تجربه، مربی پرستاری، پرستار مسئول، خط مشی بیمارستان نوشتجات تخصصی در مورد استفاده از مهارکننده‌های حرکتی، مدیر بیمارستان و حقوق مربوط به بیمار هستند.

۵ـ قضاوت انتقادانه / تصمیم:

در این حالت دو موضوع بطور اساسی در محدود کردن حرکات یا محدود نکردن حرکات خانم میچل وجود دارد تا شما بتوانید نیاز جهت بکارگیری مهارکننده‌های حرکتی را مشخص نمایید. چنانچه او را بی جهت به لحاظ حرکتی محدود نمائید، شما اضطراب وی را تشدید کرده و به شأن و مقام وی بی حرمتی نموده‌اید و در صورتی که در زمانی که وی نیاز به مهارکنندهٔ حرکتی دارد شما از این نظر غفلت نمودید، او ممکن است بیفتد و دچار یک شکستگی لگن شود. شما تصمیم می‌گیرید بعد از توضیح به خانم میچل و اینکه شما یک دانشجوی پرستاری هستید و موظف هستید قبل از برداشتن مهارکنندهٔ حرکتی دستور مربوط به آن را کنترل نمایید، سعی می‌کنید با دقت از مهارکنندهٔ حرکتی جهت او استفاده نمایید. با تمام نگرانی، شما تصمیم می‌گیرید که ایمنی و امنیت بیمار را در اولویت اول قرار دهید تا بعد بتوانید مشخص نمایید آیا چیزی نادیده گرفته شده است یا خیر. خانم میچل از این تصمیم شما خوشحال نیست ولی به نظر می‌رسد دلایل شما را درک نموده و از اینکه دوباره جلیقهٔ مهارکنندهٔ حرکتی را برای وی می‌گذارید نمی‌ترسد. شما به وی قول می‌دهید که سریعاً پیش وی برمی گردید و به قول خود نیز وفا می‌کنید. وقتی با پرستار مسئول صحبت می‌کنید به شما می‌گوید که خانم میچل نیاز به مهار کنندهٔ حرکتی ندارد و پرستار شب و مایل است از بیماران سالمند حمایت نماید. شما با خوشحالی نزد خانم میچل برمی‌گردید و مهارکنندهٔ حرکتی وی را بر می‌دارید، سپس با کمک مربی خود تصمیم می‌گیرید که چکار می‌توانید انجام دهید تا جهت خانم میچل و بیماران دیگر از مهارکنندهٔ حرکتی استفاده نشود. مربی به خاطر دلایل خوب شما در مورد اینکه چه چیزی برای بیمار بهتر است شما را تشویق می‌کند. وی بیان می‌دارد در جایی که نیاز به مهارکنندهٔ حرکتی وجود داشته باشد شما ممکن است به علت حس همدردی و دلسوزی با بیمار آن را به کار نگیرید و ایمنی وی را به خطر اندازید.

اختیارداشته باشد. پرستار در مورد اطلاع سریع به مرکز کنترل مسمومیت قبل از انجام هرگونه اقدامی به والدین تأکید لازم را می‌نماید به والدین باید آموزش داد تا کودک را برای درمان بلافاصله به مراکز اورژانس بیاورند. زمانی که فرد به اورژانس آورده می‌شود درمان در این حالت حفظ فعالیت حیاتی بدن، جلوگیری از جذب سم و تشویق فرد به خروج مادهٔ سمی است. زغال فعال، مؤثرترین ماده‌ای است که می‌تواند از جذب سموم بلعیده شده خودداری کند. اگر زغال فعال ۳۰ تا ۶۰ دقیقه پس از بلع سم مورد استفاده قرار گیرد با ۶۰٪ مقدار سم ترکیب می‌شود (هایس ۲۰۰۰). دیگر شربت اپیکاک کمتر مورد استفاده قرار

کادر ۴ـ۲۶. چک لیست ایمنی در منزل

● ایمنی مربوط به آتش‌سوزی و سوختگی

ـ قراردادن فهرستی از شماره تلفن‌های مرکز اورژانس در نزدیک تلفن منزل
ـ نصب آشکار کنندهٔ دود در هر اتاق (یا حداقل در هر طبقه)
ـ هنگام تنظیم ساعت خود، باتریهای وسایل آشکار کنندهٔ دود را نیز تعویض کنید.
ـ قراردادن آتش خاموش کن در هر طبقه، و در مورد استفاده از آن آگـاهی داشـته باشید.
ـ با خانوادهٔ خود یک برنامه‌ریزی فرار از آتش انجام دهید.
ـ در صورت آتش گرفتن لباس به افراد آموزش دهید که روی زمین دراز کشیده و جهت خاموش شدن شعله‌های آتش لول بخورند.
ـ هرگونه کبریت و فندک را از دسترس کودکان دور نگهدارید.
ـ هرگونه شمع روشن نیز باید از دسترس کودکان دور باشد.
ـ لباس به خصوص لباسهای خواب مقاوم به شعله جهت کودکان خریداری نمایید.
ـ زمانیکه کودک خواب است در اتاق خواب را نبندید (مرتب به اتـاق کـودک گـوش فرادهید).
ـ چنانچه در منزل سیگاری دارید از زیرسیگاری استفاده نمائید.
ـ دستور نکشیدن سیگار در رختخواب را پیروی کنید.
ـ بعد از مهمانی، روی فرش، ظرف آشغال، زیرسیگاریها و... را از نظر تـه سـیگار روشن بررسی نمایید.
ـ زمانی که کسی در اتاق نیست، بخاری را خاموش کنید.
ـ ایمنی شومینه و اجاق‌های چوب سوز را بررسی نمائید (باز بودن دودکش، نـصب پوشش حایل آتش، پاک کردن سالیانه دودکش، دور ریختن مناسب خاکسترها).
ـ از جمع کردن زباله یا لباسها و تکـه پـارچـه‌های آغشـته بـه رنگ در پـارکینگ خودداری کنید.
ـ گازوییل، بنزین و دیگر مواد اشتعال‌زا را از منابع گرما دور نگهدارید.
ـ هنگام پخت و پز، دستهٔ ظروف آشپزی را به سمت پشت اجاق گـاز بگـردانـید و پشت شعله‌های اجاق گاز قرار گیرید.
ـ ظرفهای گرم و داغ را روی لبه میز قرار ندهید.
ـ آب را بر روی درجه حرارت بی خطر تنظیم کنید (زیر ۱۲۰°F)
ـ درجه حرارت آب حمام را قبل از استحمام کودک کنترل کنید.
ـ برای به حداقل رساندن تماس با آفتاب و جلوگیری از آفتاب سوختگی، از کرمهای ضد آفتاب و لباسهای محافظ استفاده کنید.

● ایمنی مربوط به برق

ـ سیم‌های برق را در وضعیت خوب نگهدارید.
ـ پریزهای برق را که استفاده نمی‌شوند حتماً بپوشانید.
ـ فیوزهای سوخته را حتماً با فیوزی مناسب تعویض کنید.
ـ هیترهای برقی را از پرده و پارچه‌های قابل اشتعال دور نگهدارید.
ـ هنگام رفتن به رختخواب یا ترک خانه، وسایل برقی را خاموش کنید.
ـ برای تعمیر وسایل برقی از افراد متخصص استفاده نمائید.
ـ هرگز بار برق اضافه به پریز یا سیم وارد نکنید.
ـ در صورت عدم استفاده از وسایل برقی، آنها را از برق بکشید.
ـ به کودکان اجازه ندهید از مایکروویو استفاده کنند.

● پیشگیری از مسمومیت

ـ قرار دادن شماره تلفن مرکز کنترل مسمومیت در کنار تلفن منزل
ـ داروی افرادی که از نظر بینایی مشکل دارند در شیشه‌های رنگی نگهداری کنید.
ـ داروهای اورژانس مثل شربت ایپکاک در منزل داشته باشید، اما آنها را تـنها در صورت دستور پزشک یا مرکز کنترل مسمومیت مصرف کنید.
ـ تمام داروها را در جعبهٔ در بسته که کودک نتواند باز کند در کمد قفل‌دار نگهدارید.
ـ داروهای تاریخ مصرف گذشته را دور بریزید.
ـ گیاهان سمی را دور از دسترس کودکان نگهدارید.
ـ از خوردن هرگونه مادهٔ غذایی که بو یا ظاهر فاسدی دارد خودداری نمائید.
ـ مواد شوینده، حشره کش‌ها و... را از دسترس کودکان دورنگهدارید.
ـ از مخلوط نمودن فراورده‌های سوزاننده یا هـر گـونه مـواد خـانگی (واکنش‌های شیمیایی خطرناک ممکن است ایجاد شود) خودداری نمایید.
ـ شامپوها و مواد آرایشی را در جای امن نگهدارید.
ـ از قفل‌های ایمنی جهت کمد استفاده نمائید.
ـ الکل را دور از دسترس کودکان نگهدارید.
ـ دقت کنید رنگ یا مواد جلادهندهٔ روی اثاثیهٔ خانه و اسباب بازیها سمی نباشند.
ـ آشکار کننده‌های منوکسید کربن در خانه نصب کنید.
ـ کوره‌های خانگی را سالیانه توسط متخصصین بازرسی نمائید.
ـ هواکش‌ها و دودکش‌ها را پاک کرده و آنها را فصل به فصل کنترل کنید.
ـ زمانی که ماشین روشن است، گاز یا موتور آن را دستکاری نکنید. در محیط بسته با بنزین کار نکنید.

● پیشگیری از سقوط و دیگر صدمات

ـ پلکان منزل شلوغ و در هم نباشد و آنجا را تمیز نگهدارید.
ـ پلکان و نرده کناره پله را در صورت نیاز ترمیم کنید.
ـ پلکان، راهروها، محل‌های کار و پیاده روهای خارج منزل بـاید دارای روشـنایی کافی باشند.
ـ در انتها و ابتدای پلکان درهای ایمنی نصب کنید.
ـ آخرین پلهٔ پلکان را با رنگی متفاوت رنگ بزنید.
ـ در سطوح زیرین دوش یا وان حمام از پوشش‌های غیر لغزنده و متصل به زمین استفاده کنید.
ـ در صورت نیاز از صندلی توالت دارای تکیه گاه بازو استفاده کنید.
ـ در توالت یا حمام و وان میله برای گرفتن دست نصب کنید.
ـ از صندلی‌های محکم و مقاوم دارای دسته استفاده نمایید.
ـ از فرش‌های پهن شده به صورت متفرقه استفاده نکنید یـا انـها را بـا نـوارهـای چسب‌دار به زمین متصل سازید.
ـ در صورت عدم دسترسی به وسایل، از یک وسیلهٔ دسته دار مثل گاز انبر استفاده کنید.
ـ حتماً در اتومبیل حتی برای مسافت‌های کوتاه، کودک را در صندلی مخصوص قرار دهید.

● ایمنی مربوط به اسلحه

ـ تفنگ و هفت تیرها را در جای قفل‌دار نگهدارید.
ـ یک قفل روی تمام تفنگ‌ها نصب نمایید.
ـ مطمئن باشید که قفل آن در دسترس کودک یا نوجوان قرار ندارد.
ـ راجع به خطرات مربوط به اسلحه با کودکان خود صحبت نمایید.
ـ به کودک خود آموزش دهید که هرگز به تفنگ دست نزند یا به خانه دوست خود که در آن تفنگ است نرود.

● پیشگیری از خفگی

ـ کیسه‌های پلاستیکی را از دسترس کودکان دور نگهدارید.
ـ کنترل نمائید که فاصلهٔ بین نرده‌های تخت بچه بیشتر از $2\frac{3}{8}$ اینچ نباشد.
ـ مطمئن باشید که تشک اطراف تخت را به طور گرم و راحتی بپوشاند.
ـ بالش نرم یا پتوی ضخیم را از روی تخت بچه بردارید.
ـ هرگز نوزاد را روی تخت آبی قرار ندهید.
ـ غذا را با تکه‌های کوچک به کودک بدهید.
ـ زمانی که کودک چیزی می‌نوشد یا می‌خورد مواظب وی باشید.
ـ از دادن بادام زمینی، آب‌نبات یا دیگر وسایل کوچک به کودکان خودداری کنید.
ـ اشیاء کوچک نظیر جواهرات، دکمه و سوزن را از دسترس کودک دور نگهدارید.
ـ با توجه به سن کودک برای وی اسباب بازی تهیه نمایید.
ـ زمانی که کودک در وان حمام است مرتب او را مشاهده کنید.
ـ در صورت عدم استفاده از استخر بچه‌ها و گودال ماسه بازی خاص کودکان روی آنها را بپوشانید.
ـ مراقب باشید استخرهای شنای مجاور حصاربندی شده باشند، حصارها نیز باید به حدی بلند باشند که کودک نتواند از آنها بالا رود.
ـ تجهیزات امداد و نجات مربوط به استخر را در دسترس قرار دهید.

می‌گیرد چون با ایجاد استفراغ نمی‌تواند تمامی سموم را از بدن خارج کند. با این حال، شربت مذکور برای وضعیت‌هایی که مواد بلعیده شده از خواص سمی زیادی برخوردارند ولی مددجو به بستری شدن در بیمارستان نیاز ندارد توصیه می‌شود. در حال حاضر برای درمان مسمومیت‌های ناشی از خوردن مواد سمی از لاواژ معده استفاده نمی‌شود چون ممکن است سم را به سمت رودهٔ کوچک سوق دهد و در آنجا هم سم جذب گردد. از طرفی، مقدار سم خارج شده از راه لاواژ نیز نسبتاً اندک است.

آموزش‌های پرستاری باید با هدف تغییر رفتارهایی انجام گیرند که سالخوردگان را نیز در معرض خطر مسمومیت قرار می‌دهند. اگرچه مسمومیت بیشتر در کودکان به وقوع می‌پیوندد اما مرکز کنترل مسمومیت تلفن‌های زیادی از بزرگسالان (بویژه سالمندان) نیز مبنی بر مسمومیت‌های تصادفی دریافت می‌کنند. پیشگیری از مسمومیت در سالخوردگان در نمای «توجه به سالمندان» مطرح گردیده است.

تمامی مراقبین بهداشتی باید به افراد نصب دستگاههای شناسایی مونوکسید کربن را توصیه نمایند و به افراد خانواده در مورد سطوح سمی این گاز هشدار دهند، شرکت نفت یا گاز یا مرکز سلامتی منطقه می‌تواند به شناخت و دفع منابع آلوده کننده کمک نمایند. بسیاری از جوامع نصب دستگاههای شناسایی مونوکسید کربن را در منازل و جاهای دیگر ضروری می‌دانند. نکات بیشتر در مورد پیشگیری از مسمومیت در کادر ۴ـ۲۶ مطرح گردیده است.

پیشگیری از مسمومیت

خفگی تقریباً بطور سریع، بدنبال ایست قلبی و تنفسی باعث بی هوشی می‌گردد. بدون فوت وقت باید اقدامات را شروع نموده و هرگونه انسدادی را برطرف کرده، احیاء قلبی ـ تنفسی داده شود. پرستار ممکن است آموزش‌های لازم در خصوص کنترل و نظارت دقیق از کودک را دیده باشد. آموزش سلامتی یک نیروی پیشگیری کنندهٔ با ارزش است. جهت اطلاع از تدابیر خاص به کادر ۴ـ۲۶ رجوع کنید.

پیشگیری از صدمه مربوط به اسلحه

پرستاران در آگاه نمودن و کمک به کاهش رفتار خطرزا که ممکن است در صدمات مرگ مربوط به اسلحه تأثیر داشته باشد موقعیت بسیار مهم و حساسی دارند. در منزل، مدارس و دیگر مراکز مراقبت سلامتی پرستار در این زمینه می‌تواند به والدین آموزش دهد. والدین ممکن است از اینکه چگونه تفنگ باعث صدمه می‌گردد و یا از خطرات مربوط به نگهداشتن و در دسترس قرار داشتن اسلحه نزد کودکان و جوانان اطلاع و آگاهی نداشته باشد پرستار به عنوان یک اقدام پیشگیرانه می‌تواند با مرگ و میرها و آسیب‌های اپیدمیک ناشی از اسلحه آموزش خود را شروع کند. در کادر ۴ـ۲۶ اقدامات لازم جهت پیشگیری از صدمات ناشی از اسلحه مطرح گردیده است.

پیشگیری از حوادث مربوط به وسایل

با افزایش به کارگیری وسایل به خصوص وسایل الکتریکی در مراکز مراقبت سلامتی، این مسئله برای افراد متخصص مهم است که یاد بگیرند چگونه استفادهٔ مناسب از این وسایل داشته باشند و علائم و نشانه‌های مربوط به عدم کارآیی صحیح آنها را بدانند. استفاده از ساکشن که قدرت مکش کافی ندارد و وسیلهٔ تنظیم کنندهٔ قطرات که به خوبی کار نکند یا وسیلهٔ انفوزیون که میزان دقیق محلول را به بیمار نرساند همگی می‌توانند باعث حادثه گردند. عدم استفاده از کمربندهای ایمنی یا کناره‌های تخت و قفل نکردن چرخهای صندلی چرخدار باعث ایجاد صدمه در بیمار می‌شوند.

عدم رعایت نکات ایمنی در زمان استفاده از وسایل الکتریکی ایمنی مراقبین سلامتی و بیمار را به خطر می‌اندازد. بیشتر وسایل الکتریکی که در بیمارستان‌ها استفاده می‌شوند مجهز به سه سیم هستند. سیم سوم به زمین وصل می‌شود تا از اتصالات برق در موقع تماس جلوگیری کند. در کادر ۵ـ۲۶ راهنماییهای مربوط به کاهش حوادث وسایل آمده است.

اغلب اوقات حوادث در منزل به علت بی دقتی در استفاده از وسایل یا عدم کارآیی وسایل و یا عدم محافظت از آنها ایجاد می‌گردد. می‌توان از صدمات و مرگ ناشی از شوک الکتریکی جلوگیری نمود. افزایش بار جریان‌ها و مدارهای الکتریکی وسایل ناقص، سیم‌های فرسوده بی‌دقتی در استفاده از وسایل الکتریکی و استفاده از وسایل الکتریکی زمانی که دستها و پاها خیس و مرطوب باشد اغلب باعث صدمه و مرگ می‌گردد. به کادر ۴ـ۲۶ قسمت پیشگیری از صدمات الکتریکی رجوع کنید.

پیشگیری از حوادث ناشی از اقدامات و روشها

پرستار بایستی در رابطه با حوادث ناشی از روشها و اقدامات نیز آگاه و هوشیار باشد. در موقع تجویز دارو یا محلولهای وریدی، انتقال و جابجایی بیمار، تعویض پانسمان یا موقع گذاشتن کیف آب گرم بر انتهاهای بیمار امکان اشتباه بسیار وجود دارد. بنابراین پرستار می‌بایست در موقع مراقبت از بیمار اقدامات را بطور صحیح انجام دهد. موارد پیشگیری از اشتباهات شامل اطمینان در شناخت صحیح بیمار است (شکل ۷ـ۲۶). پرستار بایستی از

توجه به افراد سالمند

راهکارهای پرستاری برای پیشگیری از مسمومیت

تغییرات مرتبط با سن	راهکارهای پرستاری
گیجی و سردرگمی	● در صورتی که سؤالی داشته باشید از پزشک، پرستار یا داروساز بپرسید و مردد نباشید. ● با پزشک، پرستار و داروساز ارتباط خوب برقرار کنید. ● از برنامه یا تقویم دارویی استفاده نمایید تا بتوانید دوزهای دارویی را به درستی دنبال کنید. ● از ظرفهای توزیع کنندهٔ روزانهٔ قرصهای مصرفی استفاده کنید تا زمان مصرف قرصها را یادآوری نماید.
ضعف بینایی	● از داروساز خواهش کنید برچسب‌های درشت به دارو بچسباند.
مصرف داروهای متعدد	● عوارض سوء داروها را به مراقبین سلامتی گزارش نمایید. ● قرصهای خود را به دیگران نداده و از آنها دارویی نگیرید. ● وقتی دارویی قطع شد، دیگر بقیهٔ آن را مصرف نکنید.
تأثیر داروها جسم افراد سالخورده	● شماره تلفن مراقبین سلامتی و مرکز کنترل مسمومیت را در جایی که بتوان به راحتی به آن دست یافت قرار دهید. ● بدون مشورت با پزشک یا پرستار هیچیک از داروهای خود را سر خود قطع نکرده یا مقدار آن را تغییر ندهید. ● چنانچه خوردن دارو را فراموش کردید نوبت بعدی مقدار آن را دو برابر نکنید. در این صورت بلافاصله با پزشک یا پرستار کنترل نمایید. ● از مخلوط نمودن الکل با داروها بدون کنترل داروساز خوداری کنید.

تمام منابع در دسترس در پاسخ به هرگونه سؤال در مورد روش و اقدام استفاده کند. JCAHO (۲۰۰۳) در تلاش برای ارتقای فرهنگ ایمنی، هفت هدف ملی را زمینهٔ ایمنی بیمار در سال ۲۰۰۴ به تأیید رسانده است (کادر ۶ـ۲۶). هر سازمان مراقبت سلامتی برای دریافت تأییدیه از سوی JCAHO باید این اهداف را مورد توجه قرار داده و ملزومات آن‌ها را تأمین نموده اشد. البته بسته به نوع سازمان خاص مراقبت سلامتی، دیگر روشهای مؤثر هم قابل قبول هستند.

ارائه گزارش وقوع حادثه

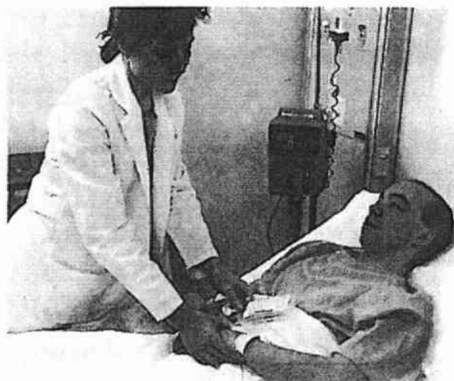
هر حادثه‌ای که در مرکز مراقبت سلامتی رخ دهد بایستی گزارش کامل وقوع آن، مدرک محرمانه‌ای که وضعیت کامل حادثه را توصیف می‌نماید، ارائه گردد. علاوه بر این در گزارش باید

کادر ۵ـ۲۶. کاهش حوادث مربوط به وسایل

● از هر وسیله با همان منظوری استفاده کنید که برایش ساخته شده است.
● با وسایل نا آشنا کار نکنید.
● برای جلوگیری از صدمه به وسایل به خوبی از آنها مراقبت کنید.
● تا جایی که امکان دارد از وسایل الکتریکی ۳ سیم استفاده کنید.
● سیم برق را هرگز خم نکرده یا نپیچانید چون به این طریق سیم ممکن است بشکند.
● از نشانه‌های خرابی دستگاه آگاه باشید: مثل شکستن سیم‌های الکتریکی، جرقه، دود، شوک الکتریکی، شل یا هرز شدن قسمتی از سیم، صدا و بوهای غیر عادی، در این حالت فوراً اطلاع دهید.
● دقت نمایید در موقعی که ارتفاع تخت بالا یا پایین می‌شود سیم برق پاره نشود، این حالت می‌تواند پوشش عایقی را که روی سیم است از بین ببرد.
● دقت کنید جاهایی که سیم برق ارتباط دارد خیس و مرطوب نباشد.

عکس‌العمل بیمار و امتحانات و درمانی که پس از وقوع حادثه انجام گرفته نیز نوشته شود گزارش فوری وقوع حادثه و مسئولیت ثبت حادثه و تأثیر آن بر بیمار در پرونده همگی برعهدهٔ پرستار است. گزارش حادثه جزو ثبت پزشکی نیست و نباید در آن قسمت ثبت گردد. از آنجا که در بین ایالات مختلف قوانین مختلفی وجود دارد: پرستار بایستی از قوانین ایالات خود در مورد گزارش حادثه با اطلاع باشد.

جوانیتا فلورز، مادر کودکی را به خاطر آورید که از روی تخت پائین افتاد. بعد از سقوط کودک از روی تخت باید گزارش حادثه نوشته شود.



شکل ۷ـ۲۶. یکی از مسئولیت‌های پرستار کنترل هویت بیمار قبل از انجام هر کاری است در اینجا پرستار هویت بیمار را قبل از دادن دارو به وی مشخص می‌سازد.

کادر ۶ـ۲۶. اهداف ملی ایمنی بیمار، تعیین شده از سوی JCAHO در سال ۲۰۰۴

۱ـ بهبود صحت فرایند تعیین هویت بیمار
الف) هنگام گرفتن نمونهٔ خون، دادن دارو یا تزریق فراورده‌های خونی، از حداقل ۲ علامت برای تعیین هویت بیمار استفاده نمایید (به جز شمارهٔ اتاق بیمار).
ب) قبل از آغاز هر گونه روش جراحی یا تهاجمی، فرایند تأیید نهایی را به اجرا درآورید به این معنی که با استفاده از تکنیک‌های ارتباطی فعال (نه غیر فعال)، از صحت نام بیمار، نوع روش کار ومحل انجام آن اطمینان یابید.

۲ـ تقویت ارتباط مؤثر میان مراقبین
الف) برای دریافت تلفنی یا شفاهی آن دسته از دستورات یا نتایج آزمایشهای مهم که جهت تایید به بازخوانی از سوی فرد دریافت کننده نیاز دارند، فرایندی مناسب را به اجرا درآورید.
ب) به استانداردسازی علائم اختصاری، سرواژه‌ها و نمادهای مورد استفاده در مؤسسه بپردازید و از علائم اختصاری، سرواژه‌ها و نمادهای غیر قابل استفاده فهرستی تهیه کنید.

۳ـ بهبودایمنی در استفاده از داروهای‌نیازمندهوشیاری و دقت زیاد
الف) الکترولیت‌های تغلیظ شده (که شامل کلرید پتاسیم، فسفات پتاسیم و کلرید سدیم > ۰/۹٪ بوده اما به این موارد محدود نمی‌شوند) را از واحدهای مراقبتی مربوط به بیمار خارج سازید.
ب) تعداد داروهای تغلیظ شدهٔ موجود در مؤسسه را محدود کرده یا به حد استاندارد برسانید.

۴ـ رفع اشتباه در انتخاب منطقهٔ عمل جراحی، روش کار جراحی و هویت بیمار
الف) قبل از عمل جراحی از فرایند تأیید نظیر چک لیست استفاده کنید تا از صحت داده‌های ثبت شدهٔ موجود (مثل گزارش پزشکی، اطلاعات تصویربرداری) اطمینان حاصل گردد.
ب) به اجرای فرایندی جهت علامت‌گذاری ناحیهٔ جراحی بپردازید و بیمار را نیز در آن شرکت دهید.

۵ـ بهبود ایمنی در استفاده از پمپ‌های تزریق
الف) اطمینان حاصل کنید که تمامی پمپهای تزریق داخل وریدی معمولی و PCA (مسکن‌های کنترل شده توسط بیمار) دارای وسیلهٔ جلوگیری از جریان آزاد مایع هستند.

۶ـ بهبود میزان تأثیر سیستم‌های هشدار دهندهٔ بالینی
الف) سیستم‌های هشدار دهنده را به طور منظم تست کرده وحفظ و نگهداری نمایید.
ب) اطمینان حاصل کنید که سیستم‌های هشدار دهنده در محیطهای مختلف فعال هستند و با توجه به بعد مسافت و سروصدای موجود در بخش، صدای آنها به گوش می‌رسد.

۷ـ کاهش خطر انتشار عفونت در مرکز مراقبت سلامتی
الف) از دستورالعملهای CDC در مورد نظافت دستها پیروی کنید.
ب) تمامی موارد شناسایی شدهٔ مرگ غیر قابل پیش‌بینی یا فقدان عملکردها بصورت دائمی را که می‌توانند با انتشار عفونت در مرکز مراقبت سلامتی در ارتباط باشند کنترل و بررسی نمائید.

تمام گزارش از نظر تعیین وضعیت و موقعیتهای تهدیدزا باید بررسی گردند و جهت پیشگیری از ایجاد و تکرار موارد مشابه و بالابردن کیفیت مراقبت پرستاری جلسه‌ای گذاشته شود. گزارش‌های حادثه در فصل ۷ بحث شده است. وقتی حادثه‌ای روی می‌دهد پرستار موظف است بسیار صریح و صادقانه موضوع را به اطلاع بیمار و خانواده برساند. بنیاد ملی ایمنی بیمار (۲۰۰۱)، دستورالعمل‌هایی را برای این گونه گفتگوها ارائه نموده است.

حفظ آمادگی در موارد اورژانس

آمادگی در موارد اورژانس، همواره یکی از نگرانیهای کارکنان مرکز مراقبت سلامتی بوده است پرستاران نیز به عنوان عضوی از تیم واکنش‌های اورژانس، باید از نقش خود هنگام وقوع رویدادهای اورژانس یا بلایا آگاه باشند. مراکز و منابع اجتماعی موجود در حال حاضر برای پاسخگویی به وضعیت‌های اورژانس نظیر تصادف چند وسیلهٔ نقلیه، آتش‌سوزی در مجتمع آپارتمانی با تعداد زیادی فرد دچار سوختگی و سوانح مربوط به انفجار یا سقوط هواپیما کافی بنظر می‌رسند. گبی و کورشی (۲۰۰۲)، بلایا را رویدادهایی با دامنهٔ وسیع تعریف کردند که به کمک افرادی خارج از منطقهٔ مورد نظر نیاز دارند. بلایا را می‌توان به دو دستهٔ طبیعی (مثل سیل یا زلزله) و انسانی (جنگ، وقایع تروریستی و قرصهای سمی) تقسیم بندی کرد. در بلایا از هر نوع که باشند، زندگی قربانیان، خانواده‌های آنها و کل منطقه را از راههای گوناگون تحت تأثیر قرار می‌دهند.

حملات تروریستی ۱۱ سپتامبر در نیویورک، واسینگتن DC و پنسیلوانیا زنگ خطر را برای مراقبت سلامتی در آمریکا به صدا در آوردند. اگرچه توانایی ما در پیش‌بینی بلایا یا وضعیت‌های اورژانس همگانی محدود است اما بایدخط مشی‌هایی تعیین شوند تا در صورت وقوع بلایای اورژانس طبیعی، بیولوژیکی شیمیایی و هسته‌ای، تعدادکافی و مناسبی از مراقبین سلامتی در محل حضور پیدا کنند.

بازگردید به درخواست کاراگرین وود، نوجوانی که در ابتدای فصل پیرامون وی توضیح داده شد. اظهارات او نشان می‌داد که نوجوانان گروه سنی وی از تروریسم آگاهی دارند. کارا می‌خواست از منابع و مراکز اجتماعی اطلاعات بیشتری بدست آورد.

کادر ۷-۲۶. صحبت با بیماران در مورد صدمات ناشی از مراقبتهای بهداشتی - درمانی

بنیاد ملی ایمنی بیمار، در بیانیهٔ خود خاطرنشان ساخته که حین بروز صدمات ناشی از مراقبت، بیمار، خانواده یا نمایندگان آنها حق دارند بلافاصله از چگونگی وقوع آسیب‌دیدگی و اثرات کوتاه‌مدت و بلندمدت آن آگاهی یابند. با بروز هرگونه اشتباه منجربه آسیب‌دیدگی، بیمار، خانواده یا نمایندگان آنها باید شرحی صادقانه و توام با همدردی از اشتباه مذکور و درمانهای انجام شده در این رابطه دریافت دارند. آنها باید مطلع شوند که عوامل منجربه بروز آسیب‌دیدگی در حال تحقیق و بررسی هستند و در آینده قطعاً اقداماتی جهت کاهش احتمال بروز صدمات مشابه در دیگر بیماران صورت خواهد گرفت.

متخصصین و مؤسسات مراقبت سلامتی که این مسئولیت را می‌پذیرند، در واقع از مقررات و ضوابط اخلاقی مربوط به اشتباهات و صدمات ناشی از مراقبت‌های بهداشتی - درمانی تبعیت می‌کنند.

بنیاد ملی ایمنی بیمار از تمامی متخصصین و مؤسسات مراقبت سلامتی می‌خواهد تا اصول و ضوابط برخورد صادقانه با بیماران را پذیرفته و به آن عمل کنند.

JCAHO، درسال ۲۰۰۱ برای بیمارستانها استانداردهای جدیدی در زمینهٔ آمادگی اورژانس وضع کرده است، در این استانداردها جهت آمادگی برای مقابله با بلایا ۴ فاز به شرح زیر وجود دارد:

- تعدیل‌سازی: تعیین انواع اورژانسهایی که احتمال وقوع آن‌ها بیشتر است همچنین تعیین اثرات احتمالی آنها.
- آمادگی: تدوین طرحی حاوی فهرستی از منابع (وسایل و نفرات)، یک سیستم ارتباطی اولیه و پشتیبانی و برنامه‌ای جهت آموزش و تمرین
- پاسخدهی: تعیین رئوس کلی تمامی اقداماتی که باید در صورت حمله یا وقوع بلایا انجام داد.
- ریکاوری: طرحی برای بازگشت سرویسهای خدماتی و عملکردها به وضعیت اولیه (JCAHO، ۲۰۰۱)

برقراری ارتباط یکی از اجزای ضروری و مهم طرح مقابله با بلایا بوده و شامل سیستم ارتباطی پشتیبانی، فرایندهای ارتباطی داخلی و خارجی، فرد در حال تماس با رسانه‌ها و تلفن‌های متعدد جهت تماس با اعضای خانواده‌ها و کارکنان بهداشتی می‌باشد. JCAHO، مراکز مراقبت سلامتی را ملزم ساخته تا حداقل هر ۲۴ ساعت موجودی وسایل و داروهای خود را تهیه کنند. به این وسایل و داروها، داروهای دیگری را هم که CDC در نواحی مختلف ایالات متحده جهت مقابله با حملات تروریستی توزیع کرده باید افزود. آمادگی باید شامل آگاهی و آموزش پیرامون فرایند تشخیص، شناسایی خطرات احتمالی منجربه تلفات گروهی (مثل عوامل بیولوژیکی، شیمیایی و هسته‌ای) و درمانها و واکنش‌های مناسب باشد).

توجه به تهدیدهای بیولوژیکی

بیوتروریسم، در حقیقت گسترش تعمدی ارگانیسم‌های پاتوژن در سطح جامعه است (اشتاین هاور ۲۰۰۲). ارگانیسم‌های استفاده شده در حملات جمعی معمولاً روتین نیستند، تظاهرات بالینی آنها نیز غیر اختصاصی و نامشخص است. جدول ۳-۲۶ برخی از شایعترین عوامل بیولوژیکی، همچنین نشانه‌های آنها و اقدامات مؤثر در رویارویی با آنها را شرح داده است. اگر تعداد غیر معمولی از افراد بطور ناگهانی دچار علائم و نشانه‌های مشابه شوند، پرسنل مراقبت‌های بهداشتی و سلامتی باید احتمال تماس با عاملی بیولوژیکی را مد نظر قرار دهند.

پرسنل مراقبت‌های بهداشتی و سلامتی ملزم به تبعیت از اقدامات احتیاطی استاندارد توصیه شده توسط CDC هستند. برای برخی بیماریهای خاص، اقدامات ایمنی و حفاظتی بیشتر ضروری است. در صورتی که نسبت به شیوع بیماری مسری تردید وجود داشته باشد، بیمار باید بلافاصله ایزوله گردد. اگر نوع تماس بیمار نامشخص باشد، آلودگی زدایی ضروری خواهد بود. هرچند این اقدام معمولاً در رابطه با عوامل بیولوژیکی صورت نمی‌گیرد. بیمار باید با آب و صابون بدن خود را شسته و لباسهایش را در کیسه‌های پلاستیکی در بسته قرار دهد.

توجه به تهدیدهای شیمیایی

استفاده از عوامل شیمیایی به عنوان یک سلاح تروریستی به نگرانی فزاینده‌ای بدل شده است. **تروریسم شیمیایی**، در واقع آزادسازی تعمدی ترکیبات شیمیایی است که با هدف نابودی جمعی مردم صورت می‌گیرد (آرمسترانگ ۲۰۰۲). عامل شیمیایی برای ایجاد حداکثر اثر خود باید در فضایی بسته نظیر سالن‌های بستهٔ ورزشی یا زیرگذرهای عابر پیاده پخش شود. عوامل شیمیایی سریع اثر می‌کنند. ایده‌آل آن است که آلودگی زدایی بلافاصله و قبل از انتقال بیمار به بیمارستان صورت پذیرد. آمادگی برای مقابله با این وضعیت اورژانس شامل انتقال سریع وسایل آلودگی‌زدای دستی به محل، انتقال تجهیزات مناسب و بالاخره اعزام پرسنل تعلیم دیده به محل حمله شیمیایی است. چندین نوع مادهٔ شیمیایی به عنوان سلاح کشتار جمعی مورد استفاده قرار می‌گیرند. از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- عوامل ریوی
- عوامل عصبی
- سیانید
- عوامل ناتوان کننده
- عوامل تاول‌زا

در کادر ۸-۲۶ خلاصه‌ای از اثرات عوامل شیمیایی مختلف شرح داده شده است.

جدول ۳ـ۲۶. عوامل بیولوژیکی نگران کننده

عامل بیولوژیکی	تظاهرات بالینی	درمان / محافظت
آنتراکس (باسیلوس آنتراکس)	نشانه‌ها بر حسب نوع آنتراکس متفاوتند: ● جلدی: ضایعات پوستی همراه با ادم موضعی که پیشرفت کرده، بزرگ، اولسره و در نهایت نکروزه می‌شود. ● گوارشی: تهوع، استفراغ، تب، درد شکمی، هماتمز، اسهال شدید ● استنشاقی: تب، خستگی، سرفه، تنگی نفس، درد، ممکن است تا مننژیت، سپتی‌سمی، شوک و مرگ پیشرفت کند.	ـ اقدامات احتیاطی استاندارد در مورد ایزولاسیون باید رعایت شود. ـ اگر تماس به تازگی اتفاق افتاده به آلودگی‌زدایی نیاز می‌باشد. ـ درمان‌های ضد میکروبی باید سریع آغاز شوند. ـ درمان حمایتی شوک، کمبود حجم مایع و کنترل راه تنفسی باید اجرا گردد. ـ واکسن این میکروب هم اکنون وجود دارد اما فقط برای افراد پرخطر توصیه می‌شود.
پلاگ یا «مرگ سیاه» (یرسینیاپستیس)	● حملات قابل انظار از راه هوا خواهند بود (استنشاق باسیل) و یا ظهور ناگهانی در ER بیماران متعدد دارای نشانه‌های تنفسی مشخص می‌شوند. ● نشانه‌ها شبیه عفونت‌های شدید تنفسی هستند. ● تظاهرات سریع به سمت پنومونی سپسیس و مرگ پیشرفت می‌کنند.	ـ اقدامات احتیاطی استاندارد همراه با ایزولاسیون ۴۸ ساعت اول درمان با آنتی‌بیوتیک‌ها ضروری است. ـ آنتی‌بیوتیک‌های انتخابی استرپتومایسین (IM) یا جنتامایسین سولفات (IM یا IV) هستند. در صورتی که تعداد زیادی از مردم بیمار شده باشند، آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی هم مؤثر خواهند بود. ـ میزان مرگ و میر برای افرادی که ظرف ۲۴ ساعت از آغاز نشانه‌ها درمان نمی‌شوند ۱۰۰٪ است.
آبله (واریولا ماژور، عامل ویروسی)	● از راه تماس مستقیم یا استنشاق ذرات تنفسی گسترش می‌یابد. اما بیشتر از راه افشانه‌ها گسترش پیدا می‌کند. ● نشانه‌ها مشابه آنفلوانزا هستند. ● بثورات پوستی از ویژگی‌های عارضه هستند که تا ۵ روز، دلمه یا رویه بسته و بیشتر روی صورت و اندام‌های انتهایی دیده می‌شوند.	ـ اقدامات احتیاطی روشهای تماسی و هوازی باید بطور اکید رعایت شود. ـ هیچ درمان تأیید شده‌ای برای این عارضه وجود ندارد. ـ درمانهای کمکی و حمایتی شامل استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها در صورت بروز عفونت‌های ثانویه هستند. ـ استفاده از عوامل ویروسی هنوز در دست تحقیق و بررسی است. ـ واکسن در حال حاضر وجود دارد اما برای افراد پرخطر توصیه می‌شود.
بوتولیسم (کلستریدیوم بوتولینوم)	● می‌تواندبه روش هوازی یا از طریق غذاهای آلوده انتقال یابد. ● نشانه‌های چشمی نظیر تاری دید ● فلج عضلات اسکلتی که به صورت متقارن و پایین رو پیشرفت می‌کند. ● ضعف عضلانی که می‌تواند ناشی از نارسایی ناگهانی تنفسی باشد.	ـ رعایت اقدامات احتیاطی ضروری است. ـ ایمونیزاسیون غیر فعال با پادزهر بوتولینوم صورت می‌گیرد. ـ مراقبتهای کمکی تنفسی را نیز باید انجام داد.
تولارمیا (فرانسیسلا تولارنیس)	● تماس از راه آب، غذا و خاک آلوده صورت می‌گیرد اما بیشتر در سلاحهای بیولوژیکی مورد استفاده واقع می‌شود. این سلاحها باکتری را همانند افشانه در فضا پخش می‌کنند. ● تب ● سرفه با خلط یا بدون خلط ● تا نارسایی تنفسی پیش می‌رود.	ـ رعایت اقدامات احتیاطی استاندارد لازم است. ـ درمان دارویی شامل استرپتومایسین یا جنتامایسین سولفات می‌باشد. ـ اقدامات کمکی تنفسی و اقدامات مربوط به دریافت مایع باید انجام گیرند. ـ واکسن عارضه هنوز در دست تحقیق است.
تب خونریزی دهندهٔ ویروسی (مثل تب لاسا، ایبولا، ماربرگ، یلوودنگ)	● می‌تواند از راه افشانه‌ها انتقال یابد. ● تب ● درد عضلانی ● نشانه‌های مربوط به ملتحمه ● افت فشار خون خفیف ● خونریزی پتشیایی ● تاشوک و خونریزی هم پیشرفت می‌کند.	ـ از اقدامات ایزولاسیون گوناگونی باید استفاده نمود (مثل استفاده از اتاق فشار منفی) ـ مراقبین بهداشتی باید از وسایل محافظ شخصی استفاده کنند. ـ به جز درمانهای حمایتی درمان تأیید شدهٔ دیگری وجود ندارد. ـ از مصرف آسپرین با دیگر داروهای ضد انعقاد باید خودداری کرد.

کادر ۸ـ۲۶. طبقه‌بندی عوامل شیمیایی

- **عوامل ریوی**
نمونه‌ها: فسفوژن (CG)، دی فسژن (DP)، کلرین (CL)
اثرات: تنگی نفس، سرفه، ادم ریه
- **سیانید**
نمونه‌ها: هیدروژن سیانید (AC)، سیانوژن کلرید (CK)
اثرات: تنگی نفس، سرفه، ادم ریه
- **عوامل تاول‌زا**
نمونه‌ها: سولفورماستارد (H یا HD)، لویزیت (L)
اثرات: تاول و اریتم پوست، تحریک چشم، نشانه‌های پیشرونده و شدید تنفسی، نابودی مغز استخوان
- **عوامل عصبی**
نمونه‌ها: تابون (GA)، سارین (GB)، سومان (GD).
اثرات: تنگی مردمک‌ها، قرمزی چشمها، از دست دادن هوشیاری، تشنج، ایست تنفسی
- **عوامل ناتوان کننده**
نمونه‌ها: ترکیبات آنتی‌کلی‌نرژیکی گلیکولات (BZ)، عامل 12
اثرات: هایپرترمی، رفتارهای عجیب و غیر عادی، روان آشفتگی

توجه به تهدیدهای هسته‌ای

تروریسم هسته‌ای، عبارتست از گسترش تعمدی مواد رادیواکتیو در محیط به منظور آسیب دیدگی و مرگ افراد (کیل پاتریک ۲۰۰۲). حملهٔ هسته‌ای یا با استفاده از وسایل پخش کنندهٔ مواد تشعشعی (بمب پلید) و یا با تهاجم به نیروگاههای هسته‌ای و کارخانجات ساخته اسلحه صورت می‌گیرد. حتی مقادیر اندک مواد رادیواکتیو نیز می‌توانند اثرات مخرب و فجیعی به بار آورند. پرستارانی که در تیم واکنش‌های اورژانس رادیولوژیکی کار می‌کنند، باید از خود محافظت بعمل آورند و از وسایل ضروری نظیر تجهیزات شناسایی کنندهٔ اشعه استفاده کنند. علاوه بر این، پرستاران باید مطابق با برنامهٔ واکنش‌های اورژانس بیمارستان، به‌بررسی بیماران درمنطقهٔوقوع اورژانس‌های تشعشعی (REA) بپردازند.اگرآلودگی‌زدایی از بیماران در محل حملات رادیواکتیوی صورت نگرفته باشد باید آن را در مراکز پزشکی انجام داد.

هنگام تماس با منبع رادیواکتیو، سوختگی‌های تشعشعی روی خواهد داد. شدت آسیب دیدگی به عوامل متعددی چون طول مدت تماس و فاصلهٔ مابین منبع و فرد بستگی دارد. هرچه دوزمادهٔ رادیواکتیو بالاتر باشد، احتمال بروز اثرات بعدی نظیر سرکوب مغز استخوان و سرطان نیز افزایش خواهد یافت. اگرچه احتمال حملهٔ هسته‌ای می‌تواند اندک باشد، اما پرستاران باید از این رویداد کاملاً مطلع بوده و با برنامهٔ واکنش اورژانس مؤسسهٔ محل کار خود آشنا باشند، علاوه بر این خود را برای برخورد با اورژانس‌های هسته‌ای آماده سازند.

تعیین منابع و مراکز امداد رسانی حین بروز بلایا

هر مرکز مراقبت سلامتی باید پیشاپیش و قبل از وقوع بلایا و وضعیت‌های اورژانس نحوهٔ کمک رسانی و نوع مراقبتها را مشخص می‌سازد. این امر مستلزم همکاری مشترک کمیته‌های داخل یومؤسسه‌های خارجی است. در جدول ۴ـ۲۶، فهرستی از سازمانهای مربوطه که دارای اطلاعات و توصیه‌های جدید هستند ارائه گردیده است.

مؤسسهٔ مدیریت اورژانس فدرال (FEMA) اقدام به چاپ کتابی تحت عنوان «آیا آماده هستید؟ کتاب راهنمای شهروندان جهت آمادگی در موارد اورژانس» کرده است که با کمک اینترنت و مراجعه به سایت http://www.fema.gov قابل دسترسی می‌باشد. در بازنگری سال ۲۰۰۲ کتاب «آیا آماده هستید؟» مرحله به مرحله نحوهٔ آماده‌سازی کیف وسایل مربوط به بلایا، برنامه‌ریزی اورژانس برای افراد دچار ناتوانی، نحوهٔ تخلیه امکان و هدایت افراد به پناهگاهها و حتی برنامه‌ریزی برای حفظ سلامتی حیوانات خانگی شرح داده شده است. علاوه بر آن مواردی چون بلایای انسانی ناشی از اقدامات تروریستی یا استفاده از مواد خطرآفرین نیز مورد بحث و بررسی قرار گرفته‌اند.

توجه به ابعاد روانشناختی بلایا

بلایا می‌توانند به روشهای مختلف بر زندگی قربانیان، اعضای خانوادهٔ آنها و پرسنل مراقبت‌های بهداشتی تأثیر گذارند. ترس و وحشتزدگی، خشم، انزجار و نگرانی‌های حقیقی یا بیش از اندازه در مورد رویدادهای احتمالی در آینده، همگی قابل انتظار هستند. پرستاران و دیگر مراقبین بهداشتی به عنوان نخستین افراد مسئول و پاسخگو، همچنین کارکنان تیم امداد و ریکاوری و پرسنل مراکز مراقبتی پزشکی می‌توانند با توجه به خطرات و ارائه توضیحات دقیق به کاهش ترس و وحشت عمومی کمک کنند. اضطراب نیز با اطمینان خاطر دادن درمان می‌شود. تأثیر بلایا بر افراد مختلف متفاوت است، این اثرات می‌توانند طولانی مدت باشند. اکثر بازماندگان بلایا، دارای واکنش‌های تنش‌زای طبیعی هستند اما از هر ۳ نفر یک نفر دچار اختلال تنش‌زای حاد یا اختلال تنش‌زای پسر از تروما می‌شود و به درمان نیاز پیدا می‌کند (بنسینگ، ۲۰۰۳). در برنامه ریزی و آموزش طرحهای آمادگی در موارد اورژانس باید به سلامت ذهنی هم توجه نشان داد.

ارزشیابی

پرستار بایستی ت.ثیر تدابیر اتخاذی در پیشبرد ایمنی محیط و جلوگیری از صدمه و آمادگی در موارد اورژانس را ارزشیابی نماید. چنانچه به برایندهای مورد انتظار بیمار دست یافته شد و معیار

جدول ۴ـ۲۶. منابع موجود برای کسب اطلاعات در زمینهٔ آمادگی‌های اورژانس

سازمان	فعالیتها
سیستم پزشکی ملی بلایا (NDMS) http://ndms.dhhs.gov	مسئولیت کنترل و هماهنگی واکنش‌های پزشکی مربوط به اورژانس‌های مهم و بلایای ملی را بر عهده دارد.
مؤسسهٔ مدیریت اورژانس فدرال (FEMA) http://www.fema.gov	در زمینهٔ ساخت سیستم‌های ملی مدیریت اورژانس و حمایت از آنها فعالیت دارد.
مراکز کنترل و پیشگیری از بیماریها (CDC) http://www.cdc.gov	مؤسسهٔ اصلی کنترل و پیشگیری از بیماریها در ایالات متحده است که وظیفهٔ کمک و پشتیبانی وزارتخانه‌های بهداشتی ایالتی و محلی را برعهده دارد.
کمیتهٔ مشترک تعیین کنندهٔ اعتبار سازمانهای مراقبت بهداشتی (JCAHO) http://www.Jcaho.org	این کمیته با توجه به استانداردهای تعیین شده در زمینهٔ ایمنی و کیفیت اعتبار سازمانهای مراقبت بهداشتی را تأیید می‌نماید، در سال ۲۰۰۱ نیز استانداردهای مدیریت اورژانس را مورد بازنگری قرار داد.
صلیب سرخ آمریکا http://www.redcross.org	یکی از مؤسسات اصلی غیر دولتی است که به ارائه اطلاعات در زمینهٔ مسائل ایمنی پرداخته و حین بروز بلایا عملیات امدادرسانی انجام می‌دهد.
انجمن بیمارستان‌های آمریکا http://www.aha.org	این انجمن با منابع آمادگی جهت رویارویی با بلایا ارتباط دارد.
سازمان امنیت کشور http://www.dhs.gov	از ملت در برابر حملات بیشتر تروریستی محافظت بعمل آورده و به هماهنگی واکنش‌های مناسب حین رویارویی با اورژانس‌های بعدی می‌پردازد.

ارزشیابی رضایت‌بخش بود، بیمار بایستی بتواند موارد زیر را انجام دهد:

- بطور صحیح وضعیت محیط‌های ناامن موجود و احتمالی را تشخیص دهد.
- نکات ایمنی را در محیط اجرا نماید.
- از منابع موجود در گرفتن اطلاعات ایمنی استفاده نماید.
- در فعالیت‌های زندگی روزانه اقدامات پیشگیری از سوانح را اجرا کند.
- از هرگونه صدمه‌ای دور باشد.

■ مهارت در تفکر پویا

۱ـ شما پرستاری هستید که از بیمار مسن ضعیفی که به تنهایی در منزل خود زندگی می‌کند و بسیار مایل به استقلال است ملاقات می‌کنید. در بررسی خود متوجه می‌شوید این بیمار در معرض خطر سقوط قرار دارد. زیرا بسیار ضعیف بوده، دارو مصرف می‌کند و سابقهٔ مختلفی از مشاوره ایمنی داشته است. چه نوع تدابیر پرستاری جهت اطمینان در ایمنی این بیمار بیشتر مؤثر است.

۲ـ خطرات ایمنی که شما و افراد خانواده با سنین مختلف را بیشتر تهدید می‌کند شناسایی کنید. چه برنامه‌ریزی و آموزشی می‌تواند در پیشگیری از این خطرات پیش‌بینی شود؟ به رضایت خود و افراد خانواده در اینکه چه تغییراتی لازم است توجه نمایید و روشهای پرستاری که همکاری بیمار را در ایجاد این تغییرات می‌طلبد را مشخص نمایید.

■ تمرین برای NCLEX

۱ـ یک پرستار مدرسه موضوع‌های سلامتی را جهت نوجوانان مرور می‌کند او آگاه است که:

الف) استفاده از دخانیات در این گروه سنی کاهش یافته است.
ب) ۱۰٪ از نوجوانان دست به خودکشی می‌زنند.
ج) نوجوانان دوست دارند در زمان رانندگی نوشیدنی بنوشند.
د) فشار وارد از سوی دوستان هم سن و سال اهمیت ندارد.

۲ـ زمانی که یک کودک نوپا با وسیلهٔ نقلیه مسافرت می‌کند صندلی مخصوص در ماشین باید وجود داشته باشد:

الف) در تمام ۵۰ ایالت
ب) در ۴۶ ایالت از ۵۰ ایالت
ج) چنانچه کمربند صندلی در دسترس نباشد
د) در زمان وارد شدن به بزرگراهها

۳ـ کدام کودک بیشتر در معرض خطر خفگی و غرق شدن قرار دارد؟

الف) کودک نوپایی که با برادر ۹ ساله‌اش در یک ساختمان

بازی می‌کند.
ب) کودک ۴ ساله‌ای که جهت غذا ماست می‌خورد.
ج) کودکی که با پتوی کوچکی در تختخواب خوابیده است.
د) کودک ۳ ساله‌ای که یک لیوان آب میوه می‌نوشد.

۴ـ ملاحظات پرستاری در مورد استفاده از نرده کنار تخت جهت یک بیمار گیج بر اساس این دانش است که:
الف) از سرگردانی بیمار گیج پیشگیری می‌کند.
ب) سابقهٔ قبلی افتادن از تخت با بالاقراردادن نردهٔ کنار تخت همخوانی ندارد.
ج) اقدامات متفاوت دیگر برای پیشگیری از سرگردانی غیر مؤثر هستند.
د) فرد با قامت کوچک بیشتر در معرض خطر صدمه قرار دارد.

۵ـ علل مرگ ناشی از حادثه در افراد ۷۹ ساله و مسن‌تر شامل:
الف) آتش‌سوزی
ب) قراردادن در معرض درجه حرارت بالا
ج) افزایش مقدار دارو
د) سقوط

۶ـ پیگیری آموزش پرستاری که بر پیشگیری از صدمات ناشی از آتش‌سوزی تأکید دارد مهم می‌باشند زیرا:
الف) افراد مسن بیشتر در معرض خطرند.
ب) مرگ ومیر نوجوانان و کودکان بیشتر افزایش یافته است.
ج) انجمن ملی ایمنی توصیه می‌کند هر خانواده‌ای جهت محافظت خود یک تفنگ در منزل داشته باشد.
د) آنها با موفقیت کمک نمودند تا صدمات و مرگ و میر ناشی از تفنگ کاهش یابد.

۷ـ استانداردهای JCAHO برای آمادگی در موارد اورژانس نیازمند تهیه فهرستی از کارکنان و تجهیزات است. این اقدام بخشی از کدام فاز زیر می‌باشد؟
الف) فاز تعدیل‌سازی ب) فاز آمادگی
ج) فاز پاسخدهی د) فاز ریکاوری

۸ـ آقای کندی بیهوش است، ساکن پیری که دوست دارد در حال مرکز مراقبت سلامتی راه برود. پرستار به عنوان جایگزین استفاده از مهارکننده‌های حرکتی کدامیک از اقدامات زیر را می‌تواند انجام دهد.
الف) وی را در صندلی مخصوص افراد سالمند قرار دهد.
ب) از ملافه جهت محافظت وی در تخت استفاده نماید.
ج) تخت را در حالت بالا قرار دهد.
د) در را با علامت و عکس در مشخص نماید.

۹ـ زمانی که با پرستار در مورد ایمنی منزل صحبت می‌شود، خانم فولر اجازه می‌خواهد که همیشه قبل از به خواب رفتن در تخت خواب سیگار بکشد، تشخیص پرستاری مناسب می‌تواند یکی از موارد زیر باشد:
الف) صدمه به تبادل گازی در رابطه با کشیدن سیگار
ب) اضطراب در رابطه با عدم توانایی در نکشیدن سیگار
ج) خطر خفگی در رابطه با ناآشنایی به موارد مربوط به پیشگیری از آتش‌سوزی
د) کمبود اطلاعات در رابطه با فقدان پیگیری توصیه‌ها جهت قطع سیگار

۱۰ـ آقای دآمبرو ضعف در زانوان به علت آرتریت دارد. پرستار مراقبت منزل می‌داند که او نیاز جهت ایمنی در منزل را درک می‌کند زیرا او:
الف) برای بلند شدن از توالت مخصوص بیمار از میله‌های مخصوص حوله استفاده می‌کند.
ب) وقتی در اتاق خواب مشغول تعویض لباس است روی پایه میز تکیه می‌کند.
ج) تنها بر صندلی‌هایی که تکیه گاه دست دارند می‌نشینند.
د) برای برداشتن وسایل از قسمتهای بالایی از نردبان متحرک استفاده می‌کند.

۱۱ـ زمانی که در اتاق بیمار آتش‌سوزی رخ می‌دهد، اولویت پرستار بایستی یکی از موارد زیر باشد:
الف) نجات بیمار است.
ب) خاموش کردن آتش
ج) به صدا درآوردن زنگ خطر
د) به دنبال کمک برود.

۱۲ـ پرستار در حال برنامه ریزی آموزش سلامتی جهت والدین جدید است. موضوع مربوط به فوریت در مسمومیت است. پاسخ اولیه والدین بایستی در این مورد باشد:
الف) استفاده از آب نمک جهت ایجاد استفراغ
ب) بردن کودک به مرکز اورژانس
ج) اطلاع به مرکز کنترل مسمومیت
د) تجویز شربت اپیکاک

۱۳ـ راهنمای JCAHO در مورد استفاده از مهارکننده‌های حرکتی آن است که:
الف) از جلیقهٔ مهارکنندهٔ حرکتی استفاده شود زیرا آنها حداقل محدودیت را ایجاد می‌کنند.
ب) مهارکننده‌های حرکتی فقط به مدت ۴۸ ساعت در بیماران غیر روانی استفاده می‌شوند.
ج) مهارکننده‌ها در پیشگیری از سرگردانی بیمار استفاده شوند.
د) ابتدا از روشهای دیگری به جز مهارکننده‌ها استفاده شود.

۱۴ـ پرستار آگاه است که بیمار مسن در اتاق بیمارستان در وضعیت ایمنی قرار دارد. جزء حیاتی از این پذیرش معمول آن است که:

الف) به بیمار توضیح دهد که چگونه از تلفن استفاده نماید.
ب) با هم اتاق خود آشنا کند.
ج) خط مشی بیمارستان را در ساعت ملاقات مرور نماید.
د) توضیح دهد که چگونه زنگ اخبار کار می‌کند.

۱۵ـ وقتی گزارش حادثه را کامل می‌کنید، پرستار باید:

الف) موارد مربوط به پیشگیری از تکرار حادثه را بنویسد.
ب) اطلاعات کمی در مورد حادثه تهیه نماید.
ج) با بیمار بطور مفصل قبل از ثبت آنها صحبت نماید.
د) واقعهٔ عینی را بنویسد.

■ پاسخنامه همراه با دلایل

۱ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ب» است. ۱۰٪ از نوجوانان دست به خودکشی می‌زنند. استفاده از دخانیات در این گروه سنی بیشتر در ۱۶ سال به بالا است، نیمی از آنهایی که سیگار کشیدن را تجربه می‌کنند به کشیدن سیگار معتاد می‌شوند. در عین حال نوجوانان کمتر احتمال دارد رانندگی کنند و نوشیدنی بنوشند ولی چنانچه این عمل را انجام دهند امکان تصادف در آنها بالا می‌رود. بیشتر نوجوانان وقت خود را در خارج از منزل با دوستان خود می‌گذرانند و در تصمیم‌گیری تحت تأثیر دوستان خود قرار می‌گیرند.

۲ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «الف» است. تمام ۵۰ ایالت جهت کودکان و نوپاها از صندلی بچه باید استفاده نمایند.

۳ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «الف» است. یک کودک کوچک لقمه‌های کوچک در دهان می‌گذارد. یا اسباب‌بازی که برای کودک ۹ ساله ایمن است یک نوپا را می‌کشد. وقتی کودک در رختخواب بدون بالش یا پتوی بزرگ می‌خوابد و کودک ۴ـ۳ ساله‌ای که نوشیدنی می‌نوشد و ماست می‌خورد در معرض خطر خاصی قرار ندارد.

۴ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «الف» است. مطالعات مربوط به مرگ در اثر استفاده از مهارکننده‌های حرکتی نشان داده‌اند که افراد با قامت کوچک بیشتر احتمال دارد از میان نردهٔ کنار تخت سر بخورند. گرچه دلیلی وجود ندارد که جهت ایمن نگهداشتن بیمار از سرگردانی از نردهٔ کنار تخت استفاده شود. استفادهٔ خلاقانه از روشهای دیگر به جز مهارکننده‌های حرکتی نشان دهندهٔ حفظ احترام به شأن انسانی بیمار بوده و می‌تواند از صدمات جدی‌تر ناشی از زمین خوردگی یا سقوط پیشگیری بعمل آورد. سابقهٔ افتادن از تختی که نردهٔ کنار آن بالا قرار داشته است می‌تواند هشدار مهمی جهت پیشگیری از وقوع حوادث در آینده باشد.

۵ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «د» است.

۶ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ب» است. مرگ در میان نوجوانان و کودکان از سال ۱۹۹۰ افزایش یافته است. نگهداشتن تفنگ در منزل خطرناک بوده و خطر قتل‌های خانگی را افزایش می‌دهد. کودکان جوان در این میان ممکن است صدمه دیده یا کشته شوند. تلاشهای اخیر در پیشگیری از صدمه ناشی از گلوله بیشتر شده است زیرا رفتارهای هم گونه در جامعه بیشتر گردیده است.

۷ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ب» است. فهرست منابع مورد نیاز در موقعیت‌های اورژانس باید در فاز آمادگی تهیه شود. در فازهای دیگر اقدامات دیگری چون بررسی خطرات، واکنش حقیقی به موقعیت اورژانس و بازگشت سرویسهای خدماتی به وضعیت عادی انجام می‌گیرند.

۸ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «د» است. مشخص نمودن در با تصویر آن ممکن است به عنوان مهارکنندهٔ حرکتی عمل کند. استفاده از صندلی سالمند و ملافه، مهارکننده‌های فیزیکی هستند. قراردادن تخت در ارتفاع بالا یک خطر است و احتمالاً باعث افتادن می‌شود.

۹ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است. چون خانم فولر آگاه نیست که کشیدن سیگار در رختخواب بسیار خطرناک است، او در معرض خطر خفگی ناشی از آتش است. سه تشخیص پرستاری دیگر صحیح هستند ولی در این موقعیت جزو اولویت قرار ندارند.

۱۰ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است. صندلی‌های با تکیه گاه دست، نیروی بیمار را جهت بلند شدن افزایش می‌دهد. میله‌های حوله جهت حمایت طرح‌ریزی نشده‌اند. پایه نیز ناامن است و بلند شدن روی یک چهارپایه و برداشتن وسایل خطر افتادن بیمار را به همراه دارد.

۱۱ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «الف» است. ایمنی بیمار همیشه در اولویت است. به صدا درآوردن زنگ و خاموش کردن آتش بعد از ایمنی بیمار اهمیت دارند. با صدا کمک خواستن بهتر از دویدن جهت گرفتن کمک است چرا که شما پیش بیمارتان خواهید ماند.

۱۲ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است. همیشه قبل از اقدام به هرگونه کاری و یا انجام درمانهای خانگی، مرکز کنترل مسمومیت را در جریان قرار دهید. چرا که این عکس‌العمل‌ها ممکن است برای قربانی خطرناک باشد. مرکز کنترل

مسمومیت می‌تواند با واحد اورژانس جهت کمک به فرد قرانی تماس بگیرد.

۱۳- **پاسخ صحیح گزینهٔ «د» است.** سرگردان بودن بیمار دلیلی برای استخواه از مهارکننده‌های حرکتی نیست. بررسی دقیق و تلاش در پیدا نمودن موارد مؤثر قبل از استفاده از مهارکنندهٔ حرکتی باید صورت گیرد. مهارکننده‌هایی که کمتر محدودیت در زمینهٔ حرکت ایجاد می‌کنند مثل نردهٔ کنار تخت، صندلی مخصوص سالمند یا محدودیت کمر به جای جلیقه می‌توانند مؤثرتر باشند. JCAHO توصیه می‌کند که مهارکننده‌های حرکتی را در بیماران غیر روانی بیش از ۲۴ ساعت استفاده نکنید.

۱۴- **پاسخ صحیح گزینهٔ «د» است.** دانستن اینکه چطور از زنگ اخبار استفاده شود یک اولویت ایمنی است. در حالی که دانستن اینکه چطور از تلفن استفاده شود آگاهی در ساعات ملاقات پیشگیری ضروری در صدمه نیست.

۱۵- **پاسخ صحیح گزینهٔ «د» است.** گزارش حادثه تا جایی که امکان دارد باید کامل باشد. ضروری است راههای پیشگیری از تکرار حوادث در برنامه کنفرانس و سمینار گنجانده شود.

فصل ۲۷

گندزدایی (ضد عفونی) و کنترل عفونت

زهرا صفوی بیات



جکسون ری ایورز (Jackson Ray Ivers) برای ملاقات مادرش که به دلیل ابتلا به سل بستری شده است می‌آید. وی متوجه وجود علامتی روی در مبنی بر این مورد می‌گردد که «قبل از ورود با ایستگاه پرستاری» هماهنگی نمائید. وی می‌پرسد: چه اتفاقی افتاده است؟ چرا من باید دستهایم را بشویم و ماسک بزنم؟



ایستر بایلی (Esther Bailey): یک بیمار مؤنث ۷۲ ساله‌ای است که در بخش ریکاوری، بدنبال جراحی شکمی بستری می‌باشد و بدلیل وجود یک زخم عفونی آنتی‌بیوتیک دریافت می‌کند، و نیاز به گذاردن یک سوند دائمی (به جاماندنی) به علت پیدایش احتباس ادراری و عدم توانایی در ادرار کردن دارد.



گیسل تورهیس (Giselle Turheis): خانم ۳۸ ساله‌ای که تحت شیمی درمانی برای وضعیت لوسمی خود قرار گرفته است بیان می‌دارد: «من می‌دانم که خطر ابتلا به عفونت در من به علت به مخاطره افتادن وضعیت ایمنی‌ام بالاست. من نگران این هستم که چگونه پاسخگوی کلاس روز یکشنبه مدرسه باشم، اینکه من چطور می‌توانم خوش آمد بگویم، سلام و علیک و روبوسی کنم، من می‌خواهم ایمن بمانم ولی در عین حال می‌دانم که به این نزدیکی‌ها و در آغوش گرفتن‌ها بسیار نیازمندم.»

❖ تمرکز یافتن روی مهارتهای ترکیبی

شما برای پاسخگویی به سناریوهای مطرح شده به انواع مهارتهای ترکیبی از جمله موارد زیر نیاز خواهید داشت:

مهارتهای شناختی

- دانش اساسی در مورد چرخهٔ عفونت و مداخلات پرستاری که زنجیرهٔ عفونت را می‌گسلد.
- توانایی شناخت اصول ضد عفونی (گندزدایی) طبی و جراحی قابل استفاده در مراقبت از بیماران برای پیشگیری و کنترل عفونت
- آگاهی از عواملی که شیوع عفونت بیمارستانی را کاهش می‌دهد.
- شناخت مراکز کنترل و پیشگیری از بیماریها و دستورالعمل‌های مربوط به احتیاطهای استاندارد و مبتنی بر انتقال

مهارتهای تکنیکی

- نشان دادن نحوهٔ گرفتن تاریخچهٔ کامل و انجام تکنیک‌های بررسی فیزیکی به منظور تعیین خطر عفونت در بیمار
- توانایی اجرای صحیح اصول قابل استفاده ضد عفونی (گندزدایی) طبی و جراحی
- توانایی کاربرد تجهیزات و پروتکل‌های ضروری برای مسجل نمودن اصول ضد عفونی (گندزدایی) طبی و جراحی
- توانایی کاربرد احتیاط‌های کنترل عفونت مناسب و روشهای موانع‌سازی برای پیشگیری و کنترل عفونت
- توانایی ابراز صلاحیت در کمک پرستاری تکنیکی جهت برآوردن نیازهای بیمارانی که در خطر هستند و یا در حال تجربه یک عفونت می‌باشند.

مهارتهای بین فردی

- مهارتهای توانمند ساختن افراد در رابطه با توانایی برقراری ارتباط و تعامل مؤثر با افراد و خانواده‌ها
- توانایی ارائه مراقبت ارتباطی و دلسوزانه به بیمارانی که نیاز به احتیاط‌های کنترل عفونت دارند.
- توانایی برقراری روابط صمیمانه با بیماران و افراد خانواده به عنوان اساسی برای آموزش، مشاوره، و پذیرش ایمن اقدامات کنترل عفونت

مهارتهای اخلاقی و قانونی

- نشان دادن واگذاری ایمنی و کیفیت، تقویت حس مسئولیت‌پذیری، حسابرسی، توانایی‌های تدافعی قوی
- شناخت دستورالعمل‌ها، قوانین و جزئیات سیاست‌گذاری‌های خاص مسئولیت‌های پرستاری مرتبط با گندزدایی و کنترل عفونت

❖ اهداف یادگیری

بعد از تکمیل این فصل، یادگیرنده باید قادر به انجام موارد زیر باشد:

۱ـ چرخه عفونت را شرح دهد.
۲ـ مداخلات پرستاری مورد استفاده در گسستن چرخهٔ عفونت را توصیف نماید.
۳ـ مراحل یک عفونت را فهرست نماید.
۴ـ بیماران پرخطر برای گسترش یک عفونت را شناسایی کند.
۵ـ عوامل کاهش دهندهٔ عفونت بیمارستانی را تعیین نماید.
۶ـ موقعیتهایی که شستن دستها ضرورت می‌یابد را مشخص سازد.
۷ـ تشخیص‌های پرستاری مربوط به یک بیمار مبتلا به عفونت یا در خطر توسعه یک عفونت را تعیین نماید.
۸ـ راهکارهایی را برای اجرای دستورالعمل‌های CDC در رابطه با احتیاط‌های استاندارد و مبتنی بر انتقال در هنگام مراقبت از بیماران را شرح دهد.
۹ـ روشهای پیشنهادی جهت ضد عفونی (گندزدایی) طبی و جراحی را اجرا نماید.

واژه‌های کلیدی

● ایاتروژنیک	iatrogenic	● هوازی	aerobic
● عفونت	infection	● بی‌هوازی	anaerobic
● جداسازی (مجزاسازی)	isolation	● پادتن (آنتی‌بادی)	antibody
● عفونت بیمارستانی	hosocomial	● آنتی‌ژن	antigen
● بیماریزا	pathogens	● ضد میکروبی	antimicrobial
● مخزن	reservoir	● گندزدایی (ضد عفونی)	asepsis
● احتیاط‌های استاندارد	standard precautions	● باکتری	bacteria
● استریل‌سازی	sterilization	● ضد عفونی	disintection
● احتیاط‌های مبتنی‌بر انتقال	transmission-based precautions	● با منشأ داخلی	endogenous
● ناقل	vector	● با منشأ خارجی	exogenous
● ویرولانس	virulence	● قارچ	fungi
● ویروس	virus	● میزبان	host

یک نگرانی عمده نزد متخصصین بهداشت، خطر انتشار میکروارگانیسم‌ها از فردی به فردی، و از محلی به محل دیگر است. میکروارگانیسم‌ها بطور طبیعی تقریباً در همهٔ محیط‌ها وجود دارند، که برخی سودمند هستند و بعضی نه. پاره‌ای از آنها نزد اکثریت افراد بی‌ضررند، در حالی که مابقی برای بسیاری از مردم مضر می‌باشند. بعضی به جز در محیط‌های خاص زیان‌آور نیستند.

برای جهت دادن تلاش ما به سوی محیطی عاری از میکروارگانیسم گروههای بسیاری از جمله مؤسسات دولتی در سطوح بین‌المللی، ملی، ایالتی و ناحیه‌ای؛ کارکنان بهداشتی و افراد مسئول هستند. برنامه‌های ایمن‌سازی گروهی، قوانین مربوط به دفع فاضلاب، مقرراتی برای کنترل بیماریهای واگیردار، برنامه‌های نظارت بر عفونت، در بر گیرندهٔ چنین کوششهایی است.

یکی از تاکیدهای عمده برای پرستاران پیشگیری از عفونت است. پرستاران، بعنوان مراقبین اولیه در شناسایی، پیشگیری، کنترل و آموزش به بیمار در مورد عفونت دخالت می‌نمایند (به مثال مربوط به کادر عمل انعکاسی مراجعه نمایید). کاربرد فرآیند پرستاری می‌تواند در گسستن چرخهٔ عفونت حیاتی باشد.

فرآیند عفونت

چرخهٔ عفونت[1]

یک عفونت، حالتی از بیماری است که بدنبال حضور عوامل بیماریزا (میکروارگانیسم‌های ایجاد کننده بیماری) در داخل یا روی بدن ایجاد می‌گردد. یک عفونت در نتیجهٔ یک فرآیند چرخشی رخ می‌دهد، و مطابق آنچه در شکل ۱ـ۲۷ نشان داده شده است متشکل از شش جزء است. این اجزاء عبارتند از:

- عامل عفونت‌زا[2]
- مخزن[3]
- راه خروج (مخرج)[4]
- توانایی انتقال
- راه ورود (مدخل)[5]
- میزبان مستعد[6]

عامل عفونت‌زا

برخی از شایعترین عواملی که سبب عفونت می‌شوند عبارتند از: باکتریها، ویروس‌ها و قارچ‌ها. باکتری‌ها مهمترین و متداول‌ترین عوامل ایجاد کننده عفونت مشاهده شده در موسسات مراقبت بهداشتی هستند، که به طرق مختلفی دسته‌بندی می‌شوند. آنها بر اساس شکل به انواع کروی (کوکسی)، میله‌ای شکل (باسیل)، یا فنری شکل (اسپیروکت‌ها) تقسیم می‌گردند. باکتریها بر حسب واکنش نسبت به رنگ‌آمیزی گرم[7] نیز به گرم مثبت یا منفی دسته‌بندی می‌شوند. برای مثال، باکتریهای گرم مثبت دارای یک دیواره سلولی ضخیم بوده که نسبت به بی‌رنگ شدن (از دست دادن رنگ) مقاوم هستند و در رنگ‌آمیزی به رنگ بنفش

1- Infection cycle
2- Infectious agent
3- Reservior
4- Portal of exit
5- Portal of entry
6- Suuptible host
7- Gram stain

تمرین پاسخی (انعکاسی): چالش‌های اخلاقی و مهارتهای قانونی

این مورد آخرین گردش بالینی من قبل از فارغ‌التحصیل شدن و سالی مشکل و پر زحمت بود. تمرکز من به زمانی دورتر بر می‌گردد، من در حالی که هنوز آمادگی نداشتم، باید برای کسب تجارب بالینی و کلاسی‌ام اقدام می‌نمودم. مربی بالینی‌ام موردی را برای چند هفته آخر تعیین نمود. در حالی که می‌دانستم خارج از زمان مدرسه هیچ وقتی نخواهم نداشت و زمانی که بتوانم صرف مراقبت از بیمار کنم ندارم. البته من مشتاق بودم که تجارب بالینی بسیاری را کسب کنم. وقتی که جهت سوندگذاری برای خانم ایستر بایلی، ۷۲ ساله در بخش فرصتی در اختیارم قرار گرفت، به خود لرزیدم. من روش انجام کار را سریعاً مرور نمودم و با وسایل سوندگذاری که در دستم بود با احساس نیمه مطمئن، به اتاق بیمار رفتم. بعد از معرفی خودم و مربی بالینی‌ام و توضیح در مورد آنچه انجام می‌دهم، بسته استریل را باز کردم، زمینه استریل را آماده نمودم و آنها را تمیز نمودم. در یک لحظه خیلی سریع، زمانی که بیمار سوالی از من پرسید، و نگاه دقیق مربی‌ام که مرا زیر نظر گرفته از من منحرف شد، متوجه شدم که سوند را آلوده نمودم. من در یک لحظه متوقف شده، کارم را رها کردم تا تصمیم بگیرم چه کاری بکنم. من می‌توانستم در مورد آنچه پی آمده به مربی‌ام بگویم، یک بسته جدید از او بگیرم، چرا کارم را از نو شروع کنم، یا چیزی نگویم و به کارم ادامه دهم. از یک سو من اهمیت رعایت استریل ماندن روش و نتایج عفونتهای بیمارستانی و نقش ما در بروز این عفونتها را می‌شناختم و از طرفی دوست نداشتم که اشتباهم آشکار شود. اما همچنین من می‌دانستم که الان وقت ترک بخش فرا رسیده، زیرا که بقیه گروه برای کنفرانس بالینی منتظر بودند. به علاوه با در نظر گرفتن همهٔ این موارد، دستور دادن برای آماده کردن یک سینی و بسته جدید بار مالی داشت. به این ترتیب در چنین شرایطی اگر من به اشتباهم اقرار نمی‌کردم و در عین حال این احتمال وجود داشت که مربی‌ام، آلوده شدن سوند را توسط من دیده باشد، بنابراین واقعاً کارم زار می‌شد و بیچاره می‌شدم.

تفکر نمودن خارج از کار: دوره‌های احتمالی عملی

- ساده‌ترین راه حل بدیهی، پذیرش اشتباهم و قبول نتایج مربوط به آن
- درخواست نمودن یک سوند جدید و بعد از آن توضیح دادن به مربی‌ام که بیمار در موقع آماده شدن برای وارد نمودن سوند به داخل مجرا تکان خورد و حرکت کرد (با یک فریب کوچک، این مسئله جا می‌افتد که اشتباه بوجود آمده تقصیر من نبوده است).
- جایگزینی، مدعی شدن مبنی بر اینکه هیچ اتفاقی رخ نداده و هیچ ضرری برای بیمار ندارد (تعداد باکتریهای زیادی لازم است تا سوند را آلوده کند، .... و ضمناً بیمار آنتی‌بیوتیک می‌گیرد).
- ادامه دادن به کار و نادیده گرفتن آلودگی (زندگی خودش یک خطر بزرگ برای هر کسی است، این طور نیست؟ به همین دلیل هم مراقبت انجام می‌گیرد).

ارزشیابی یک برآیند خوب: من موفقیت را چگونه تعریف می‌کنم؟

- بیمار از اعمال من سود می‌برد یا به عبارتی کوچکترین ضرری به او نمی‌رسد.
- هیچ کسی به طور کامل به مخاطره نمی‌افتد و یا قربانی نمی‌شود.
- هیچگونه تخلفی در رابطه با استانداردهای عملی و بالینی یا کدهای اخلاقی انجمن پرستاران آمریکا صورت نگرفته است.

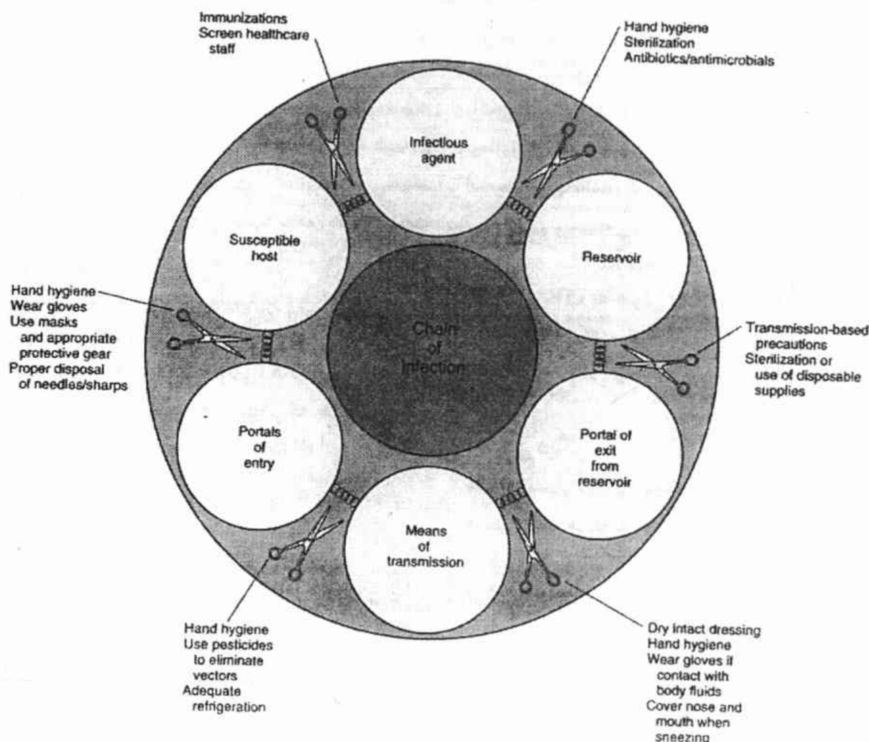
یادگیری شخصی:

من می‌توانم بگویم که حداقل این داستان پایان شادی داشت. من کارم را متوقف نمودم و انچه اتفاق افتاده بود را توضیح دادم و منتظر شدم که کسی بدود و یک بسته جدید برای سوندگذاری بیاورد. تعجب‌آور اینکه مربی‌ام بعداً به من گفت که وی بلوغ و صداقت و توانایی مرا در ارجح دادن نیازهای بیمار به نیازهای خودم را ارزشیابی نموده و بیان کرد که «من بعد از همهٔ این موارد استحقاق آنچه را انجام داده‌ام دارم» البته اغلب من مطمئن نیستم که نیازهای بیمار را به نیازهای خودم ترجیح داده باشم ولی امیدوارم که در هر زمانی برای پاسخ گویی فارغ از خواستهای خودم آماده باشم.

پاسخ (انعکاس)

فکر می‌کنید در موقعیتی مشابه این مورد چگونه پاسخ دهید؟ چرا؟ این مورد، چه چیزی دربارهٔ خودتان و کفایت مهارتهایتان برای انجام عمل حرفه‌ای به شما می‌گوید؟ آیا می‌توانید به سایر راههای پاسخگویی فکر کنید؟ آیا دانشجوی پرستاری کار قانونی انجام داد و از استانداردهای عملی پیروی شود؟ چنانچه پاسخ منفی است، چه تخلفی رخ داد؟ در رابطه با عدم گزارش دانشجوی پرستاری مبنی بر آلوده کردن سوند کدام اصول اخلاقی نادیده گرفته شده است؟ آیا دانشجوی پرستاری از اصول ضد عفونی پزشکی و جراحی متابعت نموده است. چه مهارتهای دیگری (شناختی، بین فردی، تکنیکی، اخلاقی قانونی) برای پاسخگویی مناسب به این موقعیت ضروری است؟ آیا شما با معیارهای ارزشیابی یک برآیند موفقیت‌آمیز موافق هستید؟ آیا معیار برآورده شد؟ اگر نه، دانشجوی پرستاری برای اطمینان یافتن از حصول به برآیند موفقیت‌آمیز باید چه کار دیگری انجام می‌داد؟

درمی‌آیند. در حالی که، باکتریهای گرم منفی از نظر شیمیایی غشاءهای سلولی پیچیده‌تری داشته و می‌توان با الکل آنها را بی‌رنگ نمود. بنابراین، باکتریهای گرم منفی رنگ‌آمیزی نمی‌شوند. وقتی که پزشک مناسب‌ترین درمان آنتی‌بیوتیکی را تجویز می‌کند توجه به این اطلاعات حیاتی است، زیرا آنتی‌بیوتیک‌ها بر اساس اثرات اختصاصی‌شان فقط در مقابل ارگانیسم‌های گرم مثبت یا به عنوان وسیع‌الطیف بر علیه چندین گروه از میکروارگانیسم‌ها تقسیم‌بندی می‌شوند.



شکل ۱ـ۲۷

ویژگی مجزا کنندهٔ دیگر باکتریها نیاز آنها به اکسیژن است. اکثر باکتریها برای رشد و زندگی به اکسیژن احتیاج داشته و بنابراین هوازی نامیده می‌شوند. به آنهائی که بدون اکسیژن قادر به ادامهٔ حیات هستند، باکتریهای غیر هوازی اطلاق می‌گردد.

ویروس‌ها کوچکترین میکروارگانیسم‌ها می‌باشند که فقط با استفاده از یک میکروسکوپ الکترونی قابل مشاهده‌اند. عفونتهای متعددی از جمله سرماخوردگی و بیماری مهلک سندرم اکتسابی نقص ایمنی (ایدز)[1] توسط ویروسها ایجاد می‌گردند. داروهای ضد ویروسی که به نظر می‌رسند در تعدادی عفونتهای ویروسی مؤثر باشند در دسترس هستند. وقتی که این داروها در مرحلهٔ مقدماتی ویروسهای خاص داده شوند، می‌توانند مرحلهٔ کامل ناخوشی را کوتاه سازند. قارچها میکروارگانیسم‌های شبه گیاهی (کپک‌ها و مخمرها) که همچنین باعث بروز عفونت می‌شوند در هوا، خاک و آب وجود دارند. قارچ پای ورزشکاران، کرم حلقه‌ای و عفونتهای مخمرها، مثال‌هایی از عفونت‌هایی می‌باشد که توسط قارچها ایجاد می‌گردند. این عفونتها با داروهای ضد قارچ درمان می‌شوند ولی در عین حال بسیاری از عفونتهای قارچی نسبت به درمان مقاوم هستند. همهٔ ارگانیسم‌هایی که یک فرد در معرض آن قرار می‌گیرد باعث بیماری نمی‌شوند. قدرت یک ارگانیسم در ایجاد بیماری به عوامل گوناگونی بستگی دارد که عبارتند از:

- تعداد ارگانیسم‌ها
- سمیت (اثرات سمی) ارگانیسم یا توانایی آن در ایجاد بیماری
- توانایی سیستم ایمنی فرد
- طول مدت و تماس نزدیک بین فرد و میکروارگانیسم

این فرآیندی است که با AIDS یا اخیراً با سندرم حاد تنفسی شدید (سارس)[2] رخ می‌دهد. از طرف دیگر، بیماریهایی مثل مانکی‌باکس و ویروس نیل غربی در نواحی جغرافیایی

1- Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)
2- Sever Acute Respiratory Syndrome (SARS)

مختلف پدیدار می‌گردند. کشورها در چنین موارد مشابهی، جهت یادگیری در مورد انتخاب‌های درمانی اطلاعات را از یکدیگر دریافت می‌کنند. برخی میکروارگانیسم‌ها تحت شرایط طبیعی ممکن است ایجاد بیماری نکنند. میکروارگانیسم‌هایی که معمولاً در قسمت‌های مختلف بدن زندگی می‌کنند و بخشی از سیستم دفاعی طبیعی بدن هستند، فلور طبیعی[1] نامیده می‌شوند. برای آنکه این ارگانیسم‌های نسبتاً بی‌ضرر، منبع یک عفونت باشند، عوامل دیگری باید دخالت نمایند. باکتریهایی که به طور طبیعی مشکل ایجاد نمی‌کنند ولی همراه با عوامل خاص ممکن است به طور بالقوه زیان‌آور شوند به آنها فرصت طلب اطلاق می‌گردد. بطور مثال اشرشیاکولی که بطور طبیعی در داخل دستگاه گوارش ساکن است، در صورتی که بداخل دستگاه ادراری مهاجرت نماید می‌تواند به عفونت دستگاه ادراری منتهی شود.

مخزن

مخزن جایگاه رشد و تکثیر میکروارگانیسم‌ها می‌باشد. مخازن احتمالی که ارگانیسم‌های بیماریزا برای انسان را در خود نگه می‌دارند، شامل سایر انسانها، حیوانات، غذا، خاک، آب، شیر و اجسام جامد می‌باشند.

انسانهای دیگر

برخی انسانها به عنوان مخازنی برای عامل عفونت‌زا عمل می‌کنند و علائم و نشانه‌های بیماری را نشان می‌دهند. در حالی که سایرین به عنوان مخازنی برای عامل عفونت‌زا عمل نموده، لکن هیچ گونه علائمی از بیماری را بروز نمی‌دهند. این افراد حاملین شناخته شده هستند. گرچه حاملین بدون علامت می‌باشند، ولی می‌توانند بیماری را منتقل سازند. بطور مثال، فردی که از نظر آزمون آنتی‌بادی ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) مثبت بوده، احتمالاً با HIV آلوده شده است، در حالی که ممکن است در زمان انجام آزمایش هیچگونه علائم و نشانه‌ای از بیماری را آشکار نسازد، و حتی برای سالها نیز علائم و نشانه‌ای از ایدز در او پدید نیاید. در صورتی که ویروسها می‌توانند از طریق تماسهای جنسی نزدیک، تبادل سرنگ و سوزنهای آلودهٔ مشترک به سایرین منتقل شوند. یک زن آلودهٔ حامله ممکن است در طی حاملگی، زایمان یا تغذیهٔ نوزاد با پستان ویروسها را به کودکش منتقل سازد. پرستاران هم می‌توانند بصورت مخازنی باشند و ارگانیسم‌های بیماریزا را ناخواسته به بیماران منتقل نمایند.

حیوانات

ویروس هاری مثالی از عامل بیماریزایی است که مخزن آن حیوانات گوناگون و بطور قابل توجهی سگ‌ها، سنجاب‌ها و راکون‌ها می‌باشند. ویروس وست نیل، نمونهٔ دیگری از عامل بیماریزایی است که مخزن آن یک حیوان و اکثراً پرندگان و نیز اسب‌ها می‌باشند.

خاک

همچنین خاک به عنوان یک مخزن عمل می‌کند. برای مثال، ارگانیسم‌هایی که مولد گانگرن گازی (قانقاریا)[2] و کزاز هستند، مثالهایی از عوامل بیماریزایی بوده که خاک مخزن آنها می‌باشند.

مخازن دیگر

مخازن بسیار دیگری وجود دارد که بطور روزمره با آن مواجه هستیم. آب می‌تواند محل پرورش ژیاردیا[3]، اشرشیاکولی 0157-H7، و شیگلا باشد. چرخهٔ عفونت در یک فرد می‌تواند با آشامیدن یا شنا کردن در آب آلوده آغاز گردد. گوشت شکار و فرآورده‌های سیب می‌توانند به اشرشیا 0157-H7 آلوده شوند. مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری (CDC)[4] توصیه می‌کند که کلیهٔ گوشتهای شکار به خوبی پخته شوند و محصولات سیب از قبیل آب سیب، یا سس سیب برای پیشگیری از انتشار عفونت پاستوریزه شوند. شیر می‌تواند حاوی لیستریا باشد مگر آنکه پاستوریزه گردد. انفلوانزا ممکن است از طریق اجسام جامد انتشار یابد، مثلاً چنانچه فردی یک جسم آلوده را لمس کند و سپس بینی و چشم هایش را لمس نماید.

راه خروج (مخرج)

خروج از مخزن نقطهٔ رهایی برای ارگانیسم‌ها می‌باشد. ارگانیسم برای آنکه بتواند اثراتش را گسترش دهد، باید حرکت نموده و از منبع اولیه‌اش دور شود. معمولاً، هر نوع میکروارگانیسم دارای یک راه خروجی اولیه است. در انسانها، راههای خروجی یا راههای فرار معمول شامل دستگاه تنفس، گوارش، ادراری - تناسلی، همین طور پوست ناسالم می‌باشد. خون و بافت نیز می‌توانند راههای خروج برای عوامل بیماریزا باشند.

1- normal flora
2- Gas gangrene
3- Giardia
4- Centers for Disease control and prevention (CDC)

راههای انتقال

یک ارگانیسم ممکن است از راهها و با روشهای مختلفی از مخزنش منتقل گردد. برخی از ارگانیسمها می‌توانند از بیش از یک راه منتقل شوند. ارگانیسمها می‌توانند از طریق تماس مستقیم یا غیر مستقیم وارد بدن شوند. تماس مستقیم عبارتست از نزدیکی بین میزبان مستعد و یک فرد آلوده یا یک ناقل، مثلاً در هنگام لمس نمودن، بوسیدن یا مقاربت‌های جنسی پیش می‌آید. راه تماس غیر مستقیم به تماس شخص با یک جسم جامد مثلاً یک وسیلهٔ آلوده اطلاق می‌گردد.

خانم ایستر بایلی، که در کادر مربوط به تمرین پاسخی (واکنشی) سوندگذاری شد را بخاطر آورید. در این موقعیت، سوند از طریق تماس غیر مستقیم آلوده گردید. این سوند اگر وارد مجرای ادرار شود، وی را مستعد یک عفونت می‌سازد.

خوردن غذا، آب، یا اجسام آلوده از وسایل و طرق انتقال هستند. حاملین[1]؛ چون پشه، شپش و کنه ناقلین غیر انسانی بوده ارگانیسمها را از یک میزبان به دیگری انتقال می‌دهند. میکروارگانیسمها می‌توانند از طریق هوا توسط قطرات[2] هنگام سرفه و فین کردن، صحبت نمودن یا چسبیدن به ذرات گرد و غبار نیز انتشار یابند. انتقال از طریق قطرات، مشابه انتقال از راه هوا می‌باشد، فقط ذرات معلق در هوا کمتر از $5\mu m$ هستند در حالی که قطرات معلق در هوا از $5\mu m$ بزرگتر می‌باشند. در جدول ۱ـ۲۷، راهها و وسایل انتقال چندین ارگانیسم، مخازن آنها و نمونه‌ای از بیماریهایی را که انتقال می‌دهند بطور خلاصه نشان داده شده است.

راه ورود (مدخل)

راه ورود، نقطه‌ای است که ارگانیسم وارد یک میزبان جدید می‌گردد. ارگانیسم باید برای ورود به یک میزبان راهی پیدا کند و یا ممکن است از بین برود. اغلب راه ورود به داخل میزبان جدید، همان راه خروج از مخزن قبلی است. دستگاه ادراری، تنفسی و گوارش و پوست راههای معمول ورود هستند.

میزبان مستعد

میکروارگانیسمها برای آنکه به حیات خود ادامه دهند، باید به منبعی قابل قبول (یک میزبان) راه یافته و بر هر گونه مقاومت ناشی از دفاع میزبان غلبه نمایند. حساسیت، درجهٔ مقاومتی است که میزبان بالقوه نسبت به عوامل بیماریزا دارا می‌باشد. غالباً بیماران بستری در بیمارستان، در یک حالت تضعیف سلامتی به علت ناخوشی بسر می‌برند و دارای مقاومت کمتری می‌باشند. بنابراین آنها استعداد بیشتری برای ابتلا به عفونت دارند، عوامل متعددی روی حساسیت یک میزبان تأثیر می‌گذارند که در قسمت‌های بعدی این فصل مورد بحث قرار گرفته‌اند.

گیسل تورهیس، خانم مبتلا به لوسمی که وضعیت ایمنی اش به مخاطره افتاده است را به خاطر آورید. حساسیت وی به عفونت به دلیل نقص در عملکرد کافی دستگاه ایمنی افزایش یافته است.

مراحل عفونت

برای آنکه پرستاران بتوانند در گسستن چرخهٔ عفونت مداخله نمایند، درک مراحل تکامل عفونت ضروری است. یک عفونت طی مراحل زیر پیشرفت می‌کند:

- دوره کمون[3]
- مرحلهٔ مقدماتی[4]
- مرحلهٔ کامل شدن بیماری
- دورهٔ نقاهت[5]

دوره و شدت عفونت و همین طور پاسخ بیمار، روی نوع و وسعت مراقبت پرستاری ارائه شده تاثیر می‌گذارد.

دورهٔ کمون

دورهٔ کمون، فاصلهٔ بین هجوم عوامل بیماریزا به بدن و بروز علائم عفونت می‌باشد. ارگانیسمها طی این مرحله رشد و تکثیر می‌نمایند، طول مدت دورهٔ کمون متغیر است. برای مثال دورهٔ کمون سرماخوردگی ۲ـ۱ روز است، در حالی که کزاز دارای دورهٔ کمون بین ۲ تا ۲۱ روز می‌باشد.

مرحلهٔ مقدماتی

یک فرد در طی مرحله مقدماتی شدیداً عفونی است. علائم و نشانه‌های اولیهٔ بیماری وجود دارند ولی مبهم و غیر اختصاصی هستند و از خَستگی و لرز تا یک تب خفیف متغیرند. این دوره از چندین ساعت تا چندین روز طول می‌کشد. اغلب بیمار در طی این مرحله نمی‌داند که بیماری مسری است، در نتیجهٔ عفونت انتشار می‌یابد.

1- Vectors
2- droplets
3- Incubation period
4- Prodromal stage
5- Convalescent period

جدول ۱ـ۲۷. ارگانیسم‌های قادر به ایجاد بیماری

استافیلوکوک طلایی	سطح پوست دهان بینی حلق	تماس (مستقیم)	عفونت زخم آبسه‌ها کفگیرک کورک
ویروس هپاتیت B	خون مدفوع مایعات و ترشحات بدن	تماس (غیر مستقیم)	هپاتیت B
ویروس‌های نقص ایمنی انسانی	خون منی ترشحات مهبلی شیر پستان	تماس (مستقیم)	سندرم نقص ایمنی اکتسابی
میکوباکتریوم توبرکولوزیس Mycobacterium tuberculosis	خلط (دستگاه تنفس)	تماس (خوردن) از راه هوا	سل
بورلیا بورگدورفری (Borrelia burgdorferi)	کنه‌ها (گوسفند، بچه گربه، گوزن، موش)	ناقلین	بیماری لایم (Lyme disease)
اشرشیا کولی	مدفوع گوشت پخته نشده آب سیب پاستوریزه نشده	تماس (مستقیم) تماس (خوردن)	عفونت اشرشیا کولی

مرحلهٔ کامل شدن بیماری

وجود علائم و نشانه‌های اختصاصی دال بر مرحلهٔ کامل شدن بیماری است. نوع عفونت، طول مدت بیماری و شدت علائم را تعیین می‌نماید، علائمی که به یک ناحیهٔ بدن محدود شده و یا فقط در همان منطقه رخ می‌دهند تحت عنوان علائم موضعی[1] شناخته می‌شوند، در حالی که علائم عمومی[2] در سرتاسر بدن بروز می‌کنند.

دورهٔ نقاهت

دورهٔ نقاهت، دورهٔ بهبودی از عفونت است. دورهٔ نقاهت بر طبق شدت عفونت و وضعیت عمومی بیمار ممکن است متغیر باشد. علائم و نشانه‌ها ناپدید شده و فرد به یک حالت سلامتی باز می‌گردد. به هر جهت فرد ممکن است حتی بعد از دورهٔ نقاهت، بر حسب نوع عفونت، تغییری موقتی یا دائمی در وضعیت سلامت قبلی خود داشته باشد.

احتمالاً فرد با همان فرایند عفونت بطور متوالی از چهار مرحله عبور می‌کند، مثلاً در هرپس سیمپلکس، گرچه ممکن است فقط یک مورد در معرض قرار گرفتن وجود داشته باشد، ولی عفونت ممکن است در طی مراحل در چرخش ادامه یابد.

دفاع بدن در مقابل عفونت

یکی از اولین خطوط دفاعی بدن در مقابل عفونت فلور طبیعی بدن است. فلور به حفظ بدن در مقابل تهاجم باکتریهای بالقوه زیان‌آور به بدن کمک می‌کند. علاوه بر فلور طبیعی که در نواحی مختلف بدن سکنی دارند، برای مبارزه با یک عفونت سیستم‌های دفاعی دیگری به فرد کمک می‌کنند. این سیستم‌ها شامل پاسخ التهابی و واکنش ایمنی می‌گردند.

پاسخ التهابی یک مکانیسم محافظتی است که تهاجم عوامل بیماریزا را محدود نموده و اجازه می‌دهد که ترمیم بافتی صورت پذیرد. التهاب به خنثی کردن، کنترل یا دفع عامل زیان‌آور کمک نموده و محل را برای ترمیم آماده می‌سازد.

سیستم دفاعی دیگر، پاسخ ایمنی است. پاسخ ایمنی در بر گیرندهٔ واکنشهای خاصی در بدن است که به یک پروتئین خارجی مهاجم چون باکتری، یا در بعضی موارد به پروتئینهای خود بدن پاسخ می‌دهد. مکانیسم پیچیده‌ای که پاسخ ایمنی را تشکیل می‌دهد، بصورت کوششهایی در بدن برای محافظت و دفاع از خودش پدید می‌آید. مواد خارجی آنتی‌ژن نامیده می‌شود. بدن بطور معمول با ایجاد یک آنتی‌بادی (آنتی‌کور) به آنتی‌ژن پاسخ می‌دهد. این پاسخ آنتی‌ژن ـ آنتی‌بادی یک جزء کلی پاسخ ایمنی است، که بعنوان ایمنی هومورال[3] شناخته می‌شود. افزایش تعداد لنفوسیتها (گلبولهای سفید خون) به منظور تخریب یا پاسخ

1- Localized symptoms 2- Systemic symptoms
3- Humoral immunity

خاص به سلولهایی که در بدن زیان آور تلقی می‌گردند، در بر گیرندهٔ دفاع با واسطهٔ سلولی یا ایمنی سلولی[1] است.

عوامل مؤثر بر روی خطر عفونت

حساسیت میزبان به عوامل متعددی از جمله موارد زیر بستگی دارد:

- پوست و غشاءهای مخاطی سالم بدن را در مقابل تهاجم میکروبی محافظت می‌کنند.

به ایستر بایلی، خانمی که سوندگذاری شده بود، و همچنین دچار یک عفونت زخم بعد از عمل گردیده فکر کنید. تحت عمل جراحی شکمی قرار گرفتن به تمامیت پوست و غشاءهای مخاطی آسیب رسانده، بنابراین خطر عفونت زخم وی افزایش یافته است.

- میزان pH طبیعی دستگاه گوارش و ادراری، همین طور پوست به دفع تهاجمی میکروبی کمک می‌نماید.
- گلبولهای سفید بدن نسبت به عوامل بیماریزای خاص مقاومت ایجاد می‌کنند.
- سن، جنس، نژاد و عوامل ارثی روی استعداد ابتلا به عفونت تاثیر می‌گذارد. نوزادان و اشخاص سالمند نسبت به عفونت آسیب‌پذیر هستند (کادر ضمیمه «تمرکز روی اشخاص سالمند» را ملاحظه فرمائید.
- ایمن‌سازی طبیعی یا اکتسابی در مقابل عفونت مقاومت ایجاد می‌کند.
- خستگی، آب و هوا، وضعیت غذایی و بهداشت عمومی، و جود بیماریها و درمانهای قبلی یا فعلی و داروهای خاص ممکن است در استعداد ابتلای یک میزبان بالقوه نقش مهمی را ایفا نمایند.
- احتمالاً تنش‌های روحی و روانی (استرس‌ها) بر ضد مکانیسم‌های دفاعی بدن عمل می‌کنند.
- افزایش کاربرد وسایل تهاجمی یا بجاماندنی پزشکی، منابع بالقوه‌تری در ایجاد بیماریهای ناشی از ارگانیسم‌ها بویژه در مددجویانی که تاکنون بعلت بیماریها سد دفاعی آنان تضعیف شده هستند. عادات بهداشتی که به نحو مثبتی بهبودی را ارتقاء می‌دهد، بر کاهش حساسیت یک میزبان مؤثرند. تغذیهٔ صحیح، ورزش و استراحت کافی، روشهای کاهش دهندهٔ تنش‌های روحی - روانی و عادات بهداشتی فردی خوب، به حفظ حداکثر عملکرد جسمی و پاسخ ایمنی کمک می‌نمایند. اعمال جنسی نامطمئن و مصرف سوزنهای داخل وریدی مشترک (IV) خطرات بالقوه‌ای هستند و فرصتی را برای ورود عوامل بیماریزا به یک میزبان و ایجاد عفونت فراهم می‌آورند.

فرآیند پرستاری برای کنترل و پیشگیری

بررسی

پرستار یک نقش حیاتی در کنترل عفونت ایفاء می‌نماید. این نقش با تشخیص به موقع و روشهای نظارتی آغاز می‌گردد. وسعت مداخلات پرستاری به استعداد میزبان، سمیت ارگانیسم و علائم و نشانه‌های مددجو بستگی دارد. پرستار باید در مورد وضعیت‌های ایمن‌سازی و عفونت‌های قبلی یا عود کننده آگاهی‌هایی کسب کرده، علائم غیرکلامی را مشاهده نموده و اطلاعاتی در رابطه با تاریخچهٔ بیماری فعلی جمع‌آوری کند. بررسیهای پرستاری مشاهده علائم و نشانه‌های یک عفونت موضعی یا عمومی را شامل می‌گردد. یک عفونت موضعی می‌تواند باعث قرمزی، تورم، گرمی در ناحیهٔ گرفتار، درد یا حساسیت و فقدان عملکرد در قسمت مبتلا شود. علائم یک عفونت عمومی عبارتست از تب، که اغلب با افزایش نبض و تعداد تنفس همراه می‌باشد، بیحالی، بی‌اشتهایی، حساسیت، و بزرگی گره‌های لنفاوی که در هنگام بروز یک عفونت از آن ترشح خارج می‌گردد. داده‌های آزمایشگاهی بینشی دیگر بر وجود یک فرآیند عفونی فراهم می‌سازد. نتایج آزمایشگاهی که می‌تواند دال بر وجود یک عفونت باشد در کادر ۱-۲۷ آورده شده است.

گردآوری این داده‌ها در بررسی، اطلاعات ریشه‌ای و منحصربه‌فردی را در اختیار قرار می‌دهند که با استفاده از آنها می‌توان مداخلات پرستاری لازم برای بیماران در خطر ابتلا به عفونت یا آنهایی که عفونتی داشته‌اند را برنامه‌ریزی نمود.

تشخیص

احتمال بروز عفونت یا وجود یک عفونت در بیمار تشخیص‌های پرستاری ممکن را مطرح می‌سازد. تمرکز مراقبت پرستاری روی یک تشخیص پرستاری که در واقع انعکاسی از موقعیت بیمار است، بستگی دارد. در ذیل مثال‌هایی از تشخیص‌های پرستاری که در ارتباط با یک روند عفونی هستند، آورده شده است:

- خطر ابتلا به عفونت در ارتباط با وجود بیماری مزمن، تغییر در پاسخ ایمنی، اثرات داروها، تغییر در تمامیت و قوام پوست، سوء تغذیه، وجود وسایل تهاجمی و بجاماندنی پزشکی، نقصان ایمن‌سازی مناسب.
- جدایی و گوشه‌گیری از اجتماع در ارتباط با وجود بیماری واگیر دار (ایدز).
- تغییر در غشاء مخاطی دهان در ارتباط با بهداشت نامناسب دندان، ضربه، اثرات جانبی دارو، وجود وسایل تهاجمی پزشکی

1- Cellular immunity

توجه به افراد سالمند

تغییرات مرتبط با سن مستعد کننده عفونت

تغییرات مرتبط با سن	راهکارهای پرستاری
عفونتهای ریوی	
● کاهش رفلکس سرفه	● بیمار را برای خوردن و آشامیدن در وضعیت نشسته قرار دهید.
● کاهش خاصیت الاستیکی بافت ریه‌ها	● بیمار را تشویق به نوشیدن مایعات فراوان نمائید مگر آنکه ممنوع باشد.
● کاهش فعالیت مژک‌های ریوی	● در صورت لزوم بیمار را تشویق به سرفه و تنفس عمیق و کاربرد اسپیرومتری تشویقی نمائید.
● رفلکس‌های بلع غیر طبیعی	
عفونتهای دستگاه ادراری	
● تخلیه ناکامل مثانه	● با بیمار در مورد نیاز به تخلیه در فواصل منظم بحث نمائید.
● کاهش کنترل اسفنگتر	● بیمار را تشویق به نوشیدن مایعات فراوان نمائید، مگر آنکه ممنوع باشد.
● انسداد راه خروجی (مخرج) مثانه بعلت بزرگی غدهٔ پروستات	● داروهایی را برای پروستات بزرگ شده (هیپرتروفی خوش‌خیم پروستات) و تخلیه استروژن طبق دستور پزشک تجویز کنید.
● شل شدن کف لگن در اثر تخلیه استروژن	● چنانچه بیمار محصولات جاذب، مثل یک پک مخصوص بی‌اختیاری می‌پوشد، به او آموزش دهید که مکرراً پد خود را تعویض نموده و «مراقبت ناحیه تناسلی» خوب را انجام دهد.
● کاهش جریان خون کلیوی	● از نظر UTIs (عفونت سیستم ادراری ـ تناسلی) بررسی کنید (در بیمار سالمند ممکن است بدون علامت باشد*).
	● با بیمار در مورد انجام عمل دفع ادرار بلافاصله بعد از مقاربت جنسی بحث کنید.
عفونتهای پوست	
● از دست رفتن حالت انعطاف‌پذیری	● بیمار را به نوشیدن مایعات فراوان تشویق نمائید، مگر آنکه ممنوع باشد.
● افزایش خشکی	● در صورت لزوم از لوسیون در روی پوست استفاده کنید.
● نازک شدن اپیدرم	● پوست را مکرراً از نظر هرگونه ترک خوردگی در تمامیت آن، وجود راش‌ها یا تغییراتی در آن بررسی نمائید.
● آهسته شدن تکثیر سلولی	
● کاهش جریان خون عروقی	

* علائم بالینی نامشخص عفونت در سالمندان، شامل گیجی، عدم شناسایی مکان؛ زمان و شخص؛ بیحالی، بی اشتهایی، تأخیر در پاسخ تب، افتادن، بی‌اختیاری و اختلال در حفظ تعادل

کادر ۱ـ۲۷. یافته‌های آزمایشگاهی دال بر یک عفونت

● افزایش میزان گلبولهای سفید خون (لکوسیتها)، مقدار طبیعی آن ۵۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰ میلی‌متر مکعب می‌باشد.

● افزایش انواع خاصی از گلبولهای سفید خون (شمارش افتراقی یا درصد هر نوع سلول)

لنفوسیت‌ها	مقدار طبیعی = ۴۰٪ـ۲۰٪	در عفونتهای باکتریایی و ویروسی مزمن افزایش می‌یابد.
منوسیت‌ها	مقدار طبیعی = ۸٪ـ۲٪	در عفونتهای شدید بالا می‌رود و به عنوان یک رفتگر (سُپور) یا فاگوسیت عمل می‌کند.
ائوزینوفیل	مقدار طبیعی = ۴٪ـ۱٪	در واکنشهای حساسیتی و عفونتهای انگلی احتمالاً افزایش می‌یابد.
بازوفیل	مقدار طبیعی = ۱٪ـ۰/۵٪	معمولاً تحت تأثیر عفونتها قرار نمی‌گیرد.

● بالارفتن میزان رسوب گلبولهای قرمز ـ در هنگام بروز یک التهاب، گلبولهای قرمز خون سریعتر به قسمت ته یک لوله حاول کل خون رسوب می‌نماید.

● وجود عوامل بیماریزا در کشت‌های ادرار، خون، خلط یا سایر ترشحات بدن

● فقدان فعالیتهای سرگرم کننده در ارتباط با کمبود ملاقات کننده‌ها، محدودیتهای تحمل شده توسط احتیاط‌های جداسازی تنفسی

● خطر تغییر در درجه حرارت بدن در ارتباط با فرآیند عفونی، کم‌آبی[1]

● اضطراب در ارتباط با خطرزیاد برای‌عفونت؛ جداسازی اجتماعی

● خطر پاسخ حساسیتی به لاتکس در ارتباط با تماس‌های حرفه‌ای، تاریخچه‌ای از روشهای جراحی متعدد

● عدم تحمل فعالیت مربوط به اثرات فرآیند عفونی، ضعف عمومی

تعیین برآیندها و برنامه‌ریزی

پرستار بعد از مرور اطلاعات حاصل از بررسی، ملاحظه نمودن

1- Dehydration

چرخهٔ رویدادهایی که منتج به گسترش یک عفونت می‌شود، و در هم آمیختن اصول کنترل عفونت، برآیندهای متناسب بیمار را توسعه می‌دهد. طرح برآیندهایی که از عفونت پیشگیری می‌کند و یا در چرخهٔ عفونت مداخله می‌کند، مبارزه‌ای مهیج و فرصتی برای مشاهدهٔ نتایج مثبت حاصل از این کوششها؛ که مداخلات پرستاری مؤثر کمک کننده در کنترل یا پیشگیری از عفونت است، را فراهم می‌آورد. برآیندهای مورد انتظار به بیمار زیر در پیشگیری از عفونت و کاربرد روشهای کنترل عفونت مناسب هستند. بیمار موارد زیر را انجام خواهد داد:

- نشان دادن نحوهٔ مؤثر بهداشت دستها و اعمال بهداشت فردی خوب
- شناخت نشانه‌های یک عفونت
- حفظ مصرف مواد غذایی کافی
- نشان دادن نحوهٔ صحیح دور انداختن وسایل آلوده و کثیف
- کاربرد روشهای پاکسازی و ضد عفونی مناسب
- آگاهی از لزوم ایمن‌سازی مناسب
- نشان دادن روشهای کاهندهٔ تنش‌های روحی - روانی
- ابراز یک درک از خطرات سلامتی مربوط به حساسیت به لاتکس

اجرا

پرستار برای ایجاد وقفه در انتشار میکروارگانیسم‌ها و به حداقل رساندن خطر عفونت روشهای گندزدایی را بکار می‌برد. انجام گندزدایی طبی و جراحی برای کنترل تعداد ارگانیسم‌ها حیاتی است. عمل گندزدایی شامل کلیه فعالیتهایی که از عفونت جلوگیری نموده و یا زنجیرهٔ آن را بگسلد، می‌گردد. دو گروه روش گندزدایی، گندزدایی طبی و گندزدایی جراحی وجود دارد. روش گندزدایی طبی یا تمیز شامل روشها و اعمالی است که تعداد و انتقال عوامل بیماریزا را کاهش می‌دهد. برای مثال انجام بهداشت دست و پوشیدن دستکش شامل گندزدایی طبی می‌گردد. گندزدایی جراحی یا روش استریل در بر گیرنده اقدامات مورد استفاده برای ایجاد و حفظ اجسام و نواحی عاری از میکروارگانیسم‌ها می‌باشد. گذاردن یک سوند ادراری یا قراردادن یک کاتتر داخل وریدی از روشهای گندزدایی جراحی است.

کاربرد ضدعفونی (گندزدایی) طبی

روشهای گندزدایی طبی بطور مداوم در داخل و خارج موسسات بهداشتی بکار می‌رود، زیرا چنین تصور می‌شود که عوامل بیماریزا محتملاً همیشه وجود دارند، برای مثال فنجانهای عمومی نوشیدنی‌ها بدلیل آنکه بعد از مصرف توسط حاملین عوامل بیماریزا آلوده می‌شوند، غیر بهداشتی محسوب می‌گردند. چنانچه در یک محیط مراقبت بهداشتی، عامل بیماریزای خاصی شناسایی شود، برای جلوگیری از انتشار ثانویهٔ ارگانیسم‌ها روشهای گندزدایی طبی بکار می‌رود. تقریباً هر فعالیت پرستاری در بر گیرندهٔ اعمال گندزدایی طبی می‌گردد. گسستن زنجیرهٔ عفونت مسئولیت پرستار است که ارائه مراقبت مطمئن به مددجو، حفظ او به همان ترتیب خودش از میکروارگانیسم‌های مولد بیماری را شامل می‌گردد. برای مطالعهٔ اعمال اساسی گندزدایی بالینی که پرستار هنگام ارائه مراقبت به بیماران باید بکار برد به کادر ضمیمه مراجعه نمائید.

بهداشت دست

موثرترین راه برای کمک به پیشگیری از انتشار ارگانیسم‌ها شستن دستهاست. بر طبق راهنماهای اخیر CDC در حال حاضر واژهٔ بهداشت دست، به شستن دستها با آب و صابون فراوان، استفاده از ضد عفونی کننده‌ها، پاک کردن و مالش دست‌ها با فرآورده‌های با پایه الکل، یا ضد عفونی جراحی دستها اطلاق می‌گردد (CDC، ۲۰۰۲). صرف نظر از اختلاف نظرهای موجود در مورد عوامل پاک کننده مناسب، حداقل طول مدت شستشو و دفعات ایده‌آل کافی شستن دستها، همه توافق کرده‌اند که این عمل مهمترین روش پیشگیری از عفونت‌ها است. پرستاران باید روی این روش ساده که می‌تواند زنجیرهٔ عفونت را بگسلد تاکید ورزند.

فلور باکتریایی(1) روی دستها

بطور طبیعی دو نوع فلور باکتریایی، باکتریهای ناپایدار و پایدار (ساکن) روی دستها یافت می‌شود. باکتریهای ناپایدار که نسبتاً کم (از نظر نوع و تعداد) هستند بطور معمول طی فعالیتهای روزمرهٔ زندگی، در نواحی تمیز و عریان پوست تجمع می‌یابند. آنها چسبندگی ناپایداری با پوست دارند و معمولاً در نواحی چرب، روغنی و کثیف و تا حد زیادی در زیر ناخنها یافت می‌شوند. باکتریهای ناپایدار اعم از بیماریزا و غیربیماریزا می‌توانند نسبتاً به آسانی با شستشوی کامل و مکرر دستها از بین بروند. باکتریهای پایدار (ساکن) بطور طبیعی در چین‌های پوست وجود دارند و از نظر نوع و تعداد تا حدودی ثابت هستند. آنها بطور محکم به پوست چسبیده‌اند و باید با یک ماهوت پاک‌کن (برس)(2) برداشته شوند. آنها نسبت به باکتریهای ناپایدار، در برابر عمل ضد عفونی کننده‌ها نیز حساسیت کمتری دارند، به همین دلیل پاک کردن

1- Bacterial Flora   2- Brush

همهٔ باکتریها از روی پوست امکان‌پذیر نمی‌باشد. احتمالاً اگر باکتریهای ناپایدار در طی مدت زمان کافی به مقدار زیادی وجود داشته باشند، با محیط پوست تطابق می‌یابند و بنابراین به باکتریهای پایدار تبدیل می‌گردند. به این ترتیب اگر ارگانیسم‌های بیماریزا باکتریهای پایدار روی پوست شوند، دستها ناقلین این ارگانیسم‌های خاص می‌شوند. بنابراین برای کمک به پیشگیری از تبدیل باکتریهای ناپایدار به پایدار در روی دستها، تمیز نمودن دستها به سرعت پس از مشاهدهٔ کثیفی روی آنها، بعد از هر تماس با اشیاء و اجسام آلوده، و پس از درآوردن دستکشها حائز اهمیت است.

عوامل پاک کننده

محصولات متنوعی برای بهداشت دستها در دسترس می‌باشند. صابونها و عوامل پاک‌کننده که تحت‌عنوان عوامل غیر ضد میکروبی نیز نامیده می‌شوند، برای تمیز کردن مکانیکی معمول دستها و زدودن میکروارگانیسم‌های ناپایدار به اندازهٔ کافی مورد توجه قرار گرفته‌اند. آنها بدلیل کشش سطحی پائین‌تر بعنوان عوامل جذب کننده خمیری یا سایر اشکال آنها موثرند. اغلب مصرف یک نوع خاص در مؤسسه مراقبت بهداشتی، به ترجیح کارکنان یا مؤسسه بستگی دارد. در هر محیطی که در آن امکان خطر زیادی برای بروز عفونت وجود دارد، کاربرد محصولات شستشوی دست حاوی یک مادهٔ گندزدا یا ضد باکتری توصیه می‌گردد. هنگامی که این عوامل با غلظت‌های خاصی موجود باشند، می‌توانند باکتریها را کشته یا رشد آنها را متوقف سازد. در مطالعات متعددی اثبات شده است که پاک‌کننده‌های دست با پایهٔ الکل، نسبت به صابونهای ضد میکروبی میزان باکتریهای موجود روی دستهای کارکنان تیم مراقبت بهداشتی را بطور مؤثرتری کاهش می‌دهند، بنابراین انتشار عفونتهای بیمارستانی را نیز تقلیل می‌دهند. غلظت الکل پاک کننده‌های دست با پایهٔ الکلی بین ۶۰٪ و ۹۰٪ می‌باشد و به صورت کف، ژل، یا لوسیون در دسترس هستند. پاک‌کننده‌های دست با پایهٔ الکل علاوه بر توانایی‌اشان در کاهش کلی میزان عفونت، باعث صرفه جویی در زمان شده، نیاز به دستشویی ندارند و در محیطهای مراقبت از بیمار می‌توانند به آسانی دردسترس قرار گیرند (به کادر تحقیق در پرستاری ضمیمه مراجعه کنید). مطالعات نشان داده‌اند که هزینه‌های اضافی این عوامل ضد میکروبی با هزینه‌های مربوط به کاهش تعداد عفونتهای اکتسابی از بیمارستان برابری می‌کند.

کادر ۲ـ۲۷. اصول اساسی در انجام گندزدایی بالینی هنگام مراقبت از بیمار

- انجام عمل بهداشت خوب دستها (کادر ۳ـ۲۷ را ملاحظه نمائید).
- اجسام و وسایل آلوده را از تماس با البسه‌های خود محافظت نمائید. ملافه‌های کثیف یا سایر وسایل مورد استفاده را طوری حمل کنید که با لباس هایتان تماس نداشته باشند.
- ملافه‌های کثیف روی تخت یا هر وسیلهٔ دیگری را کف اتاق که شدیداً آلوده است قرار ندهید. این عمل امکان آلودگی هر دو سطح را افزایش می‌دهد.
- بیماری را که دارای سرفه، عطسه یا مشکل تنفسی است را از برخورد مستقیم با دیگران منع کنید. دستمال کاغذی در اختیار آنان قرار داده و به آنها آموزش دهید که برای جلوگیری از انتشار قطرات ترشحی در هوا دهان و بینی خودشان را بپوشاند.
- در موقع جارو کردن، شستشو و گردگیری سطوح مختلف وسایل و تجهیزات را دور از خود حرکت دهید. این عمل از نشستن ذرات آلوده روی مو، صورت و لباس‌ها پیشگیری می‌کند.
- از پراکندگی ذرات گرد و غبار اجتناب نمائید. برای گردگیری از یک کهنهٔ مخصوص یا یک کهنهٔ نمناک استفاده کنید. ملافه‌ها را تکان ندهید. گرد و غبار و ذرات کهنه‌ها باعث حرکت دادن ارگانیسم‌ها و انتقال آنها از ناحیه‌ای به ناحیه‌ای دیگر می‌شوند.
- در ابتدا جاهای پاکیزه‌تر راتمیز نموده و سپس نواحی کثیف‌تر را بشوئید. این عمل از آلوده‌تر شدن نواحی تمیزتر جلوگیری می‌کند.
- وسایل کثیف و مصرف شده را مستقیماً در داخل سطل‌های زبالهٔ مناسب بریزید. وسایلی را که با ترشحات بدن یا سایر مواد ترشحی آلوده و خیس شده‌اند را قبل از دور انداختن در کیسهٔ زباله‌های ضد آب، مثلاً کیسه‌های پلاستیکی بریزید. آنها را طوری بپیچید که از برخورد آنها با دست و بدن شخصی که قرار است آنها را گرفته و دور بیاندازد پیشگیری شود.
- برای جلوگیری از پاشیده شدن مایعات آلوده به محیط اطراف و خودتان، مثلاً آب حمام، محلول دهانشویه و موادی از این قبیل که باید دور ریخته شوند را مستقیماً داخل چاه بریزید.
- وسایلی را که مشکوک به آلودگی آنها یا عوامل بیماریزا هستید، استریل نمائید. در صورت لزوم بعد از استریل نمودن آنها می‌توانید برای انجام اعمال تمیز استفاده کنید.
- اعمال بهداشت فردی که از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌نماید را بکار بندید. مثلاً شامپوزدن منظم موها، کوتاه نگه‌داشتن یا بستن آنها با سنجاق به منظور محدود ساختن امکان انتقال میکروارگانیسم‌ها، کوتاه کردن ناخن‌ها و جلوگیری از شکستن آنها و آسیب دیدن لبه و اطراف ناخن‌ها، عدم استفاده از حلقه‌هایی که دارای شیارند و جواهراتی که می‌توانند جایگاه میکروارگانیسم‌ها گردند.
- راهنمایی‌های لازم برای جداسازی مداوم یا روشهای ایجاد موانع (موانع‌سازی) را طبق دستورات و قوانین مؤسسه بهداشتی خود پیگیری و دنبال کنید.

محصولات با پایهٔ الکلی بدلیل ماهیتشان هنگامی که مکرراً مورد استفاده قرار می‌گیرند، می‌توانند باعث تحریک و خشکی پوست شوند. این عیب از نائل شدن به هدف این محصول که

کاهش تعداد ارگانیسم‌های سطحی است جلوگیری می‌کند، زیرا که پوست آسیب دیده محل پرورش ارگانیسم‌ها شده و پاک شدن آن را به اندازهٔ کافی مشکل می‌سازند. بنابراین، پاک کننده‌های دست با پایه الکلی جدید حاوی امولسیونهایی هستند که برای رفع این نگرانی‌ها افزوده شده‌اند و آنها را قابل قبول‌تر کرده‌اند.

برای نرم کردن پوست صدمه دیده، بعد از تکمیل مراقبت از بیمار، بهتر است لوسیونها نیز مصرف شوند. برای مصارف شخصی، ظروف کوچک و غیر قابل پر شدن مجدد که احتمال آلوده شدن آنها با باکتریها کمتر می‌باشد توصیه می‌گردد. از امکان اثرات نامطلوب لوسیون‌های با پایه روغنی بر تمامیت و یکپارچگی دستکش‌های لاتکس آگاه باشید (جونز و همکاران[1]، ۲۰۰۰) با کارکنان کنترل عفونت جهت تعیین اینکه آیا یک لوسیون خاص در عملکرد صابونها یا عوامل ضد میکروبی مصرفی در آن مؤسسه دخالت می‌کند یا نه مشورت کنید.

روشهای پیشنهادی

CDC، موسسه دولتی مسئول تحقیق، پیشگیری و کنترل بیماریها، اخیراً توصیه‌های جدیدی را با تاکید شدید روی اصلاحاتی پیرامون اعمال مربوط به بهداشت دست در کارکنان تیم مراقبت بهداشتی ارائه نموده است (کادر ۳ـ۲۷). چنانچه دستهای یکی از کارکنان تیم مراقبت بهداشتی کثیف بنظر برسد و یا خون یا مایعات بدن آلوده باشد، شستن دستها با آب و صابون الزامی است. اگر دستها کثیف بنظر نیایند می‌توان از یک پاک کننده دست با پایهٔ الکل استفاده نمود. جهت دریافت آموزشهایی در مورد نحوهٔ استفاده از یک پاک‌کننده دست با پایهٔ الکلی به راهنماهای مراقبت پرستاری ۱ـ۲۷ مراجعه نمائید.

در شستشوی مؤثر لازم است دستها حداقل به مدت ۱۵ ثانیه با صابون ساده یا مادهٔ ضد عفونی کننده و آب گرم مالش داده شده و تمیز شوند. دستهایی که دارای کثیفی قابل مشاهده هستند باید برای مدت بیشتری مالش داده و تمیز گردند. بسیاری از مطالعات ارزش شستن دستها را اثبات نموده‌اند و چندین مؤسسه آموزشها و توصیه‌هایی را در این رابطه منتشر کرده‌اند. انجمن حرف در کنترل عفونت و اپیدمیولوژی (APIC)[2]، راهنماهایی جهت شستن دست‌ها در محیط‌های مختلف منتشر نموده و انواع محصولات موجود برای شستن دستها را مرور کرده است.

در اکثر راهنماها در آوردن کلیهٔ جواهرات بجز حلقهٔ ازدواج توصیه شده، و معطوف داشتن توجه خاص به محل‌هایی که باکتریها تجمع می‌یابند سفارش می‌شود. همچنین با داشتن حلقه این احتمال وجود دارد که هنگام پوشیدن دستکش، نگین‌های جواهر آن گیر کرده و دستکش پاره شود. از آنجایی که اکثر ارگانیسم‌ها در زیر و اطراف ناخنها تجمع می‌یابند، باید کوتاه نگه داشته شده و توجهات خاصی نیز به زیر و اطراف ناخنها معطوف گردد. اینکه آیا لاک ناخنها باعث افزایش تعداد ارگانیسم‌ها می‌شود یا نه کاملاً آشکار نگردیده، لاک ناخن شفاف نسبت به لاکهای رنگی ارجح می‌باشد چرا که نواحی زیر ناخن‌ها قابل مشاهده هستند. ناخن‌های مصنوعی توصیه نمی‌شوند زیرا نسبت به ناخن‌های طبیعی پناه بیشتری برای باکتریها می‌باشند، لذا فرد استفاده کننده را در معرض خطر بیشتری برای گسترش عفونتهای قارچی در بستر ناخنها قرار می‌دهند. از طرفی نواحی مزبور را نیز نمی‌توان دقیقاً شستشو و مالش داد. در یکی از مطالعات اخیر مشخص گردید دو پرستاری که ناخن‌های بلند یا مصنوعی داشتند، عاملی برای در معرض خطر قرار گرفتن یک نوزاد برای ابتلا به عفونت ناشی از سودوموناي بی‌هوازی در یک بخش مراقبت ویژه نوزادان بودند (مور و همکاران[3]، ۲۰۰۰). روشهای شستن دست توصیه شده برای ضد عفونی بالینی در مهارت ۱ـ۲۷ فهرست شده است.

گرچه کارکنان تیم مراقبت بهداشتی از اهمیت شستن دستها آگاهند، لیکن اغلب مطالعات گزارش می‌دهند که رعایت و پذیرش این اقدام پیشگیری کننده ساده در عمل مشکل است. با وجود تلاشهای آموزشی گسترده شستن دستها مکرراً انجام نمی‌گیرد. پوشیدن دستکش نمی‌تواند جایگزین شستن مناسب دستها شود. در واقع گرم و مرطوب بودن داخل دستکشها محیطی ایده‌آل برای تکثیر باکتریها ایجاد می‌کند، به همین دلیل شستن دستها قبل و بعد از استفاده از آنها اهمیت بیشتری می‌یابد. همچنین تحقیقات نشان می‌دهند که پوشیدن دستکش محافظت کامل از ارگانیسم‌های عفونت‌زا را تضمین نمی‌کنند. دستکشها موانعی را ایجاد می‌کنند ولی غیر قابل نفوذ نمی‌باشند. این مسئله اثبات شده است که کارکنان مراقبت بهداشتی در بسیاری از موارد پدید آمدن نقصی در مانع دستکش را تشخیص نمی‌دهند. چنانچه کارکنان مراقبت بهداشتی در معرض خون یا مایعات بدن قرار گیرند، دستکش‌های دوتایی (پوشیدن دو دستکش) توصیه می‌شود.

1- Jones & et al

2- Association for professionals in Infection control and Epidemiology

3- Moore & et al

پژوهش در پرستاری: ایجاد یک تفاوت

بهداشت دست‌ها: کاربرد مواد بهداشتی به عنوان یک راهکار برای کنترل عفونت در یک محیط مراقبت حاد

بهترین راه برای پیشگیری از انتشار عفونت رعایت بهداشت دست‌ها می‌باشد. به هر حال اثبات شده است که کمبود کارکنان، درماتیت ناشی از شستشوی مکرر، دستیابی ضعیف به دستشویی‌ها، و کمبود دانش ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، رعایت و پذیرش شستن دستها را به میزان کمتر از ۵۰٪ تقلیل داده است. برآورد می‌گردد که عفونتهای اکتسابی از بیمارستان سالانه ۴/۵ بیلیون دلار هزینه به بار می‌آورد. برای کاهش این مقدار راههای متفاوتی جهت اطمینان از اینکه عادات بهداشتی دستها در ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی رعایت می‌شود بررسی شده است.

تحقیق مرتبط

«کاربرد مواد بهداشتی الکلی به عنوان یک راهبرد برای کنترل عفونت در یک محیط مراقبت حاد»

Hilburn, J., Hammond, B., Fendler, E., & Groziak, P. (2003). Use of alcohol hand sanitizer as an infection control strategy in an acute care facility. American Journal of Infection control, 31(2), 109-116

این مطالعه در یک مرکز مراقبت بهداشتی ۴۹۸ تخته با ۱۷۰۰ نفر شاغل در آن، و در بخش جراحی ارتوپدی انجام گرفت. شش ماه قبل از مطالعه، اطلاعاتی در مورد پذیرش شستن دست‌ها جمع آوری گردید. پس از جمع‌آوری اطلاعات یک ژل الکلی ضد عفونی کننده جهت ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی، بیماران و ملاقات کنندگان برای ۱۰ ماه بعد در اختیار قرار گرفت. این وسیله ضدعفونی کننده در اتاق‌های بیمار، روی قفسه کارت‌های دارویی و در ایستگاه پرستاران قرار داده شد. همچنین به بیماران در مورد اهمیت بهداشت دست اطلاعاتی داده شد و یک بطری کوچک ژل الکلی در کنار تختشان نگهداری می‌شد. شایعترین انواع عفونتها که در این بخش گزارش گردید، عفونت دستگاه ادراری و محل جراحی بود.

ارتباط آن با عمل پرستاری

مداخلاتی که پذیرش و رعایت بهداشت دستها را افزایش می‌دهد می‌تواند به یک کاهش در میزان عفونتهای بیمارستانی منجر شود. در طی این دورهٔ ۱۰ ماهه که ژل الکلی مورد استفاده قرار گرفت، میزان عفونت ۳۶/۱٪ کاهش یافت. متوسط مقدار هزینه‌ای که توسط مرکز در طی این مدت پس‌انداز گردید ۹۱/۲۵۷/۵۷ دلار با دامنهٔ ۱۳/۷۹۷ دلار تا ۱۶/۱۳۵ دلار تخمین زده شد. این پس‌انداز مهم بطور مشخص هزینهٔ مربوط به ژل دست الکلی را جبران نمود.

کادر ۳ـ۲۷. توصیه‌هایی برای بهداشت دستها

چنانچه دستها کثیف به نظر می‌آیند و با خون یا سایر مایعات بدن آلوده شده‌اند.

- دستها را بطور کامل با یک صابون غیر ضد میکروبی و آب، یا یک صابون ضد میکروبی و آب بشوئید.
- دستها را قبل از خوردن و بعد از استفاده از توالت بشویید.
- برای پیشگیری از تحریک پوست، از آب گرم و نه آب داغ استفاده نمایید (برای دیدن روش صحیح شستن دستها مهارت ۱ـ۲۷ را ملاحظه فرمائید).

چنانچه دستها بطور قابل مشاهده‌ای کثیف نیستند، از یک مادهٔ پاک کنندهٔ دست با پایهٔ الکلی به منظور زدودن آلودگی دستها استفاده نمایید.

- دستها را قبل و بعد از داشتن تماس مستقیم با بیماران، قبل از پوشیدن دستکشهای استریل برای انجام یک روش، و بعد از درآوردن دستکشها ضد عفونی نمائید (به راهنمای مراقبت پرستاری ۱ـ۲۷ برای روش صحیح مراجعه نمائید).
- همچنین دستها را بعد از تماس با اجسام بی جان اطراف بیمار، و یا چنانچه در طی مراقبت از او دستها را از یک ناحیه آلوده به یک محل تمیز روی بدن وی حرکت می‌دهید آلودگی زدائی نمائید.
- بعد از تماس با مایعات یا ترشحات بدن، غشاهای مخاطی، پوست ناسالم و پانسمان زخمها نیز آلودگی‌زدایی دستها را انجام دهید.
- بطور متناوب (جایگزین) دستها را با یک صابون ضد میکروبی و آب بشوئید.

ضد عفونی دستها قبل از کمک به یک روش جراحی شامل تمیز کردن و مالش دادن ساعد و دستها به مدت طولانی‌تر می‌گردد که باعث کاهش فلور پایدار (ساکن) و ناپایدار از روی آنها می‌شود. این روش اسکراب جراحی دستها نامیده می‌شود که با ضد عفونی جراحی یکی شده و در متونی که روشهای اتاق عمل و زایمان در آنها مطرح شده، شرح داده شده است. راهنمای CDC مصرف یک صابون ضد میکروبی یا پاک کنندهٔ دست با پایهٔ الکلی، را برای ضد عفونی جراحی دستها با فعالیت دایمی توصیه می‌کند. هنگامی که این عوامل مصرف می‌شوند، زمان اسکراب بطور با اهمیتی کاهش می‌یابد.

دستورالعمل مراقبت پرستاری ۱ـ۲۷

بهداشت دست: با استفاده از یک پاک کننده با پایه الکلی

- فرآوردهٔ مورد نظر را با در نظر گرفتن مقدار توصیه شده روی بسته‌بندی (این مقدار بر حسب کارخانه سازنده متفاوت خواهد بود) در روی کف یک دست بکار ببرید.
- دستها را به همدیگر مالیده، اطمینان یابید که همه سطوح دستها، انگشتان و بین انگشتان مالیده و پاک شده است.
- مالش دادن را تا وقتی که دستها خشک شوند ادامه دهید.

کنترل از طریق استریل‌سازی و ضد عفونی

پاکسازی، ضد عفونی و استریل کردن به شکست زنجیرهٔ عفونت و پیشگیری از بیماری کمک می‌نماید. اکثر مؤسسات بهداشتی اقلام استریلی را جهت مراقبت مددجو خریداری و تدارک می‌بینند که بعد از مصرف دور انداخته می‌شوند. احتمالاً برخی وسایل از قبیل پارچ، لیوان آب و لگن‌های پلاستیکی مکرراً مورد استفاده قرار می‌گیرند، که هنگام ترخیص دور انداخته شده و یا همراه وی به خانه فرستاده می‌شود.

معمولاً موسسات بهداشتی دارای یک واحد تدارک مرکزی[1] هستند که بیشتر وسایل قابل استفاده را تمیز و در صورت لزوم استریل کرده و جهت استفاده مناسب از آنها نگهداری می‌کنند. مواردی پیش می‌آید که پرستار لازم است در مورد نحوهٔ آماده نمودن تجهیزات و وسایلی که مصرف آنها برای بیماران بویژه در منزل یا مؤسسات بهداشتی کوچک امن باشد تصمیم‌گیری نماید. اگر چه پرستاران مستقیماً در این فرآیند بطور مستقل دخالتی ندارند، لیکن باید از ایفای نقش حیاتی خود در پیشگیری از عفونت آگاه باشند.

چندین فرآیند برای تخریب میکروارگانیسم‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. با ضد عفونی کلیهٔ ارگانیسم‌های بیماریزا به استثناء اسپورها از بین می‌رود؛ استریل‌سازی (استریلیزاسیون)[2] روندی است که طی آن همهٔ میکروارگانیسم‌ها از جمله اسپورها (هاگ) نابود می‌گردند. ضد عفونی را می‌توان در هنگام آماده‌سازی پوست برای یک روش یا پاکسازی بخشی از تجهیزاتی که وارد یک قسمت غیر استریل بدن می‌شود بکار برد. معمولاً استریل‌سازی روی تجهیزاتی انجام می‌شود که وارد قسمت استریلی از بدن می‌شود. ضد عفونی و استریل‌سازی اجسام آلوده یا عفونی، و رعایت بهداشت خوب دستها، اغلب میکروارگانیسم‌ها را به عنوان منابع بالقوه عفونت کاهش داده و محدود می‌نمایند.

عوامل موثر در انتخاب روش

عوامل متعددی از جمله موارد زیر در انتخاب روشهای استریل‌سازی و ضدعفونی مؤثرند:

- ماهیت ارگانیسم‌های موجود: CDC توصیه می‌کند که در یک مؤسسه مراقبت بهداشتی با کلیهٔ وسایل، ملافه‌ها و تجهیزات باید همانند زمانی که بیماری عفونی بوده عمل نمود. برخی ارگانیسم‌ها به آسانی نابود می‌شوند، در حالی که بقیه در مقابل روشهای ضد عفونی و استریل‌سازی معمول و خاص مقاوم هستند.
- ارگانیسم‌های موجود: هرچه تعداد ارگانیسم‌های موجود روی یک شیء زیادتر باشد، مدت زمان بیشتری صرف تخریب آنها می‌گردد.
- نوع تجهیزات: وسایل مجهز به مجراهای کوچک، شکافها، رابطها و لوله‌ها مستلزم مراقبت ویژه هستند. ابزار معینی می‌توانند توسط روشهای استریل‌سازی و ضد عفونی متعدد دچار صدمه و آسیب شوند و لذا به توجهات خاص نیاز دارند.
- هدف استفاده از وسیله: نیاز به گندزدایی طبی یا جراحی روی نحوهٔ آماده و پاکسازی وسایل تأثیر می‌گذارند. در محیط خانه شاید استفاده از وسایل و تجهیزات تمیز ایمن باشد ولی در مؤسسات بهداشتی در هنگام مراقبت از بیمار کاربرد لوازم استریل ارجح است.
- روشهای قابل دسترسی برای استریل‌سازی و ضد عفونی: روشهای فیزیکی یا شیمیایی استریل‌سازی و ضد عفونی کردن، بر اساس ماهیت و تعداد ارگانیسم‌ها، نوع و هدف استفاده از وسایل و قابل دسترس و عملی بودن آنها انتخاب می‌گردند.
- زمان: هنگام استریل‌سازی یا ضد عفونی کردن زمان یک عامل کلیدی است. وقفه در پیگیری دوره‌های زمانی توصیه شده نشانگر سهل‌انگاری می‌باشد.

پاکسازی وسایل و تجهیزات

قبل از استریل یا ضد عفونی نمودن وسایل مورد استفاده در مراقبت بهداشتی، تمیز نمودن مناسب آنها به منظور کاهش تعداد ارگانیسم‌ها و راندن آنها به منظور کاهش تعداد ارگانیسم‌ها و راندن آنها از لابلای شکافها و مواد آلوده لانه کرده در لایه‌های زیرین الزامی است. روشهای زیر برای پاک نمودن وسایل توصیه می‌گردند:

- در همهٔ موارد دستکشهای ضد آب بپوشید.
- در ابتدا برای دفع مواد آلی از روی وسایل، آنها را با آب سرد بشوئید، آب گرم باعث انعقاد برخی مواد آلی شده و بنابراین از بین بردن آنها را مشکل می‌سازد.
- وسایل را شسته و بعد از آبکشی، آنها را در آب گرم محتوی مواد پاک کننده یا صابون قرار دهید. ترکیب آب گرم و صابون جذب مواد چربی (امولوسیون) را تسهیل نموده و باعث از بین رفتن جرمها و کثافات می‌گردند.
- در صورت لزوم برای پاک نمودن وسایل بطور کامل، از ماهوت پاک‌کنی که دارای موهای زبر است، استفاده کنید. اصطکاک به از بین رفتن ارگانیسم‌ها و اجرامی که به سطوح سخت چسبیده‌اند کمک می‌نماید.
- وسایل را بطور کامل آبکشی و خشک کنید.

1- Central supply unit   2- Sterilization

جدول ۲ـ۲۷. روشهای استریل‌سازی و ضد عفونی

روش	بحث	احتیاط
● فیزیکی		
بخار	درجه حرارت بالای ایجاد شده توسط فشار بالاتر ارگانیسمها را تخریب می‌کند (مثلاً اتوکلاو کردن «autoclaving»)	اکثر وسایل پلاستیکی و لاستیکی بوسیلهٔ اتوکلاو کردن دچار آسیب می‌گردند.
آب جوش	در خانه مکرراً مورد استفاده قرار می‌گیرد. ساده و کم خرج است. وسایل باید حداقل برای مدت ۱۵ دقیقه بجوشند.	اسپورها و برخی ویروس‌ها بوسیله جوشیدن تخریب نمی‌گردند.
حرارت خشک	در خانه جایگزین روش استریل‌سازی است. برای وسایل فلزی استفاده می‌شود که در حرارت کوره با حدود ۳۵۰ درجه فارنهایت، به مدت ۲ ساعت یا بیشتر قرار می‌گیرند.	برای تخریب کلیهٔ میکروارگانیسمها ناکافی است. در مؤسسات مراقبت بهداشتی بکار نمی‌رود.
اشعه	در مورد مواد دارویی، غذایی، پلاستیکی و سایر اجسام حساس به حرارت استفاده می‌شود.	کلیهٔ سطوح وسایل باید مستقیماً در معرض اشعه ماوراء بنفش قرار گیرد. برای پرسنل خطراتی را به بار می‌آورد.
● شیمیایی		
گاز اکسید اتیلن (Ethylene oxide gas)	میکروارگانیسم‌ها و اسپورها توسط اختلال در فرآیندهای متابولیکی سلولها تخریب می‌شوند. در حالی که وسایل (عقربه‌های سنجش اکسیژن و ساکشن، تجهیزات کنترل فشار خون) در اتوکلاو قرار داده می‌شود، گاز آزاد می‌گردد.	چون گاز دارای اثرات سمی روی انسان می‌باشد، ضرورتاً احتیاطهایی باید بعمل آید.
محلولهای شیمیایی	معمولاً برای ضد عفونی ابزار و آلات و وسایل خانگی استفاده می‌شود. برای ضد عفونی آب و اهداف خانگی از کلرزدایی (کلر زدن) استفاده می‌شود. یک محلول هیپوکلریت سدیم (Sodium hypochlorite) (بلیچ خانگی) با یک رقت ۱:۱۰۰ بطور مؤثری ویروسهای نقص ایمنی انسانی را غیر فعال می‌سازد. یتادین یا الکل نیز به منظور ضد عفونی مورد استفاده قرار می‌گیرد.	این روش همهٔ اسپورها را نابود نمی‌سازد و ممکن است باعث خوردگی سطوح فلزی شود.

- وسایل پاک شده را برای استریل‌سازی و یا ضد عفونی آماده سازید.
- ماهوت پاک‌کن، دستکشها، ظروف تو گود آبکشی، دستشویی‌ها یا لگن‌ها را از نظر پاکیزگی و وجود آلودگی‌ها به خوبی مشاهده کنید و در صورت لزوم آنها را دور بریزید.

ملاحظات مربوط به مراقبت در منزل

ازدیاد تعداد بیماران یا افرادی که از نظر ایمنی در مخاطره هستند، همراه با افزایش شیوع ارگانیسم‌ها، تمایلاتی نسبت به استریل و ضد عفونی کردن محیط‌های منازل بوجود آورده است. اجسام آلوده را بعد از تمیز کردن، یا قراردادن در آب در حال جوش یا کاربرد ضد عفونی کننده‌های معمولی چون بلیچ[1]، الکل ایزوپروپیل[2] (۷۰٪)، یا اسید استیک[3] (سرکه سفید) می‌توان ضد عفونی کرد.

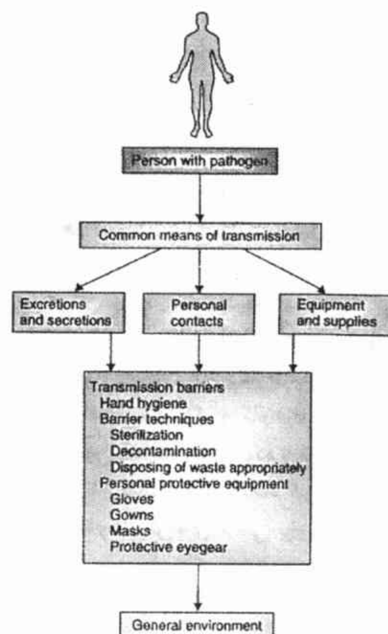
احتیاط‌های مبتنی‌بر انتقال و روشهای موانع‌سازی برای پیشگیری وکنترل عفونت

انتقال عوامل بیماریزا از فردی به فرد دیگر را می‌توان از طریق محدود ساختن انتشار عوامل بیماریزا کاهش داد. عملی‌ترین راه انجام چنین امری، ایجاد و توسعه موانعی است که از انتقال عوامل بیماریزا از طریق راههای معمول پیشگیری می‌نمایند. در شکل ۲ـ۲۷، نحوهٔ شکستن چرخهٔ عفونت توسط موانع نشان داده شده است. موانع راههایی برای کاهش انتشار عوامل بیماریزا هستند و شامل وسایل حفاظتی شخصی، بهداشت دست و روشهای موانع‌سازی می‌گردند.

وسایل و تجهیزات حفاظت شخصی

مؤسسات مراقبت بهداشتی بر طبق قوانین اداره ایمنی و سلامت حرفه‌ای (OSHA)[4] در ۱۹۹۲، موظف به تدارک مستخدمینی با تجهیزات و وسایل ضروری برای به حداقل رساندن یا پیشگیری از قرار گرفتن در معرض مواد عفونت‌زا هستند. این

1- Bleach
2- Isopropyl alcohol
3- Acetic acid
4- Occupational safety and health Administration



شکل ۲ـ۲۷

تجهیزات حفاظتی شخصی شامل دستکش، گان، ماسک و عینک‌ها و محافظهای چشمی می‌گردد. در مهارت ۲ـ۲۷ کاربرد صحیح این تجهیزات نشان داده شده است.

دستکش‌ها

دستکش‌ها جایگزین بهداشت خوب دستها نمی‌گردد، دستکشها فقط یکبار پوشیده شده و بر طبق خط مشی مؤسسه بعد از استفاده بطور مناسبی دور انداخته می‌شوند. سپس دستها بطور کامل با رعایت دقیق بهداشت دست تمیز می‌گردند. برای برخورد با هر بیماری به یک جفت دستکش تمیز نیاز است، برخی فعالیتهای مراقبتی یک بیمار احتمالاً به تعویض دستکشها در دفعات بیشتر از یکبار احتیاج خواهد داشت. در مواقعی که فعالیتهای مراقبتی باعث آلوده شدن دستها به مایعات بدن نمی‌شود نیازی به پوشیدن دستکش نمی‌باشد.

فعالیتهایی که طی آنها تماس با مایعات بدن وجود ندارد از قبیل تغییر وضعیت دادن بیمار، تغذیه نمودن وی، گرفتن علائم حیاتی و تعویض کیسه‌های وریدی پوشیدن دستکش ضرورتی ندارد. زمانی که دستکش پوشیده‌اید هرگز نباید کارهای بعدی را انجام دهید: ترک اتاق بیمار (مگر آنکه شیئی آلوده یا یک بیمار تحت احتیاطهای مبتنی بر انتقال را حمل می‌کنید)، نوشتن مواردی در چارت بیمار، یا استفاده از صفحه کلید کامپیوتر یا تلفن در ایستگاه پرستاری. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که کارکنان مراقبت بهداشتی بدون انجام و رعایت خوب بهداشت دستها هرگز نباید دستگاه تماس دستی[1] خود را لمس نمایند (بی‌یا،[2] ۲۰۰۲).

همانگونه که قبلاً ذکر گردید، دستکشها همیشه یک سد غیر قابل نفوذ نمی‌باشد. در محیطهای پرخطری چون اتاق عمل نقص دستکشها متداول است. گزارشات حاکی از آن است که در طی جراحی، بویژه عمل‌هایی که بیشتر از ۳ ساعت به طول می‌انجامد، تقریباً در ۵۰٪ موارد دستکشها خراب می‌شوند (گراوز و تومی[3]، ۲۰۰۲) دو عامل عمده مؤثر در تخریب دستکشها قرار گرفتن در معرض مایعات بدن و خون و همین طور گرفتن و دستکاری ابزار و آلات متعدد جراحی می‌باشد. برای مثال، اغلب تا وقتی که دستکشها بعد از جراحی خارج نشده‌اند، منافذ یا پارگی‌های ریز کوچک ایجاد شده در دستکشها و خون قابل مشاهده روی دستها مشاهده نخواهد شد. در تلاشی به منظور فراهم ساختن محیط کاری ایمن، وسایل الکتریکی کنترل کننده دستکش، همراه با آموزش در مورد روش ایمن دستکش پوشیدن و پیشگیری از آسیبها مورد استفاده قرار گرفته‌اند. بعلاوه یک راه جایگزین برای تشخیص یک منفذ در یکپارچگی دستکش، پوشیدن دستکش دوتایی است، به این صورت که یک دستکش رنگی در زیر، و یک دستکش نیمه شفاف در رو پوشیده می‌شود (گراوز و تومی، ۲۰۰۲).

حساسیت به لاتکس. تقریباً در ۷۰۰۰۰۰ نفر از کارکنان تیم مراقبت بهداشتی یک حساسیت به لاتکس گزارش شده است که دامنهٔ واکنشها از واکنشهای موضعی پوستی تا کهیر، آنافیلاکسی عمومی و یک واکنش حساسیتی شدید که می‌تواند منجربه مرگ گردد، متغیر است. توصیه‌های ابتدایی CDC در مورد احتیاطهای عمومی در افزایش مصرف دستکش‌های لاتکس جهت فعالیتهای مراقبتی بیمار دخالت داشته است. مصرف دستکش لاتکس در سال ۱۹۸۰ در حدود ۷۸۵ میلیون بود در حالی که این رقم تا سال ۱۹۹۵ به میزان ۹/۵ میلیون افزایش یافته است. یکی از عوامل مؤثر دیگر نیز تغییراتی در فرآیندهای تولید به منظور برآوردن تقاضاها می‌باشد. پودر ذرت یا تالک مورد استفاده برای تسهیل در پوشیدن دستکشها یک عامل مؤثر عمده در هرگونه حساسیت به لاتکس است. این پودر به پروتئین لاتکس متصل

1- Pager
2- Beyea
3- Graves & Twomey

شده و در هوا پخش می‌شود و می‌تواند ۱۲ـ۵ ساعت بعد از این که کارکنان مراقبت بهداشتی دستکش‌هایشان را پوشیدند یا در آوردند باقی بماند. مردم می‌توانند به طرق بسیار متفاوتی در معرض لاتکس قرار گیرند. احتمالاً ذرات پودر استنشاق گردیده، جذب پوست یا غشاء مخاطی شده و یا وارد گردش خون می‌گردد. نشان داده شده که در معرض قرار گرفتن مکرر، به یک حساسیت نسبت به لاتکس منتهی می‌گردد. اگر فرد بعد از اینکه یک حساسیت در او پیشرفت نموده، به قرار گرفتن در معرض لاتکس ادامه دهد احتمالاً علائم یک آلرژی به لاتکس را نشان می‌دهد.

توصیه‌هایی برای آلرژی به لاتکس. انستیتوی ملی ایمنی و بهداشت حرفه‌ای (NIOSH)[1] توصیه نموده که دستکش‌های غیر لاتکس یا بدون پودر، دستکش‌های لاتکس با خاصیت حساسیتی پایین (اگر دستکش‌های لاتکس استفاده می‌شود) برای مستخدمین در دسترس باشد. در حال حاضر دستکش‌های نیتریل[2] که از یک مادهٔ صناعی ساخته شده و مشابه لاتکس ولی فاقد پروتئین‌های آن هستند در دسترس می‌باشند. نیتریل دارای کیفیت مانع‌سازی کافی است ولی به آسانی پاره می‌شود. برای بیماران مبتلا به حساسیت ناشی از لاتکس، محیط مراقبت بهداشتی «ایمن از لاتکس» ضرورت دارد. بر طبق یکی از قوانین FDA در ۱۹۹۸، نصب برچسب علامت هشدار روی کلیهٔ محصولات یا بسته‌های حاوی لاتکس لاستیکی طبیعی مبنی بر اینکه «این محصولات در افراد حساس باعث بروز واکنشهای حساسیتی می‌شود» الزامی است. کلیهٔ محیط‌های مراقبت بهداشتی باید دارای یک دستورالعمل کتبی برای رویارویی با کارکنان و بیماران حساس به لاتکس باشند. در مورد بیمارانی که کاملاً مسجل شده و یا مشکوک به حساسیت به لاتکس هستند باید اتاق آنان برای دفع هرگونه ذرات ریز مربوط به پودرهای باقیمانده دستکش قبل از پذیرش تمیز شود. یک محیط ایمن از لاتکس عبارتست از: خارج کردن یا پوشاندن هر شیئی که از جنس لاستیک لاتکس طبیعی می‌باشد. اجسامی از قبیل چسب مربوط به کاف فشار خون، ظروف محتوی وسایل نوک تیز، درپوشهای دریچه تزریق روی لوله‌های تزریق داخل وریدی، و سوندهای ادراری نمونه‌هایی از محصولات پزشکی است که می‌توانند یک واکنش حساسیتی ایجاد نمایند. برای مراقبت ایمن در منزل نیز آگاهی از حساسیت به لاتکس حائز اهمیت می‌باشد. پرستاران باید در مورد تجربهٔ هرگونه علائم و نشانه‌های غیر معمول در مورد باد کردن یک بادکنک، مصرف کاندوم‌های جنس لاتکس، یا پوشیدن دستکش‌های لاستیکی برای شستشو یا تمیز کردن ظروف سؤال نمایند. در کادر ۴ـ۲۷ اطلاعات مربوط به حساسیت به لاتکس در کارکنان تیم مراقبت بهداشتی و بیماران خلاصه شده است.

گان‌ها

معمولاً گان‌ها به منظور پیشگیری از آلوده شدن لباسهای کارکنان مراقبت بهداشتی با خون و مایعات در بدن بیمار پوشیده می‌شود. آنها سد حفاظتی فراهم نموده و باید بلافاصله قبل از ورود به اتاق بیمار پوشیده شوند. روش استفاده از گان فردی پیشنهاد می‌شود، به این مفهوم که گان‌ها فقط یکبار پوشیده شده و سپس بر حسب مقررات محل کار بطور مناسبی دور انداخته شوند. در مواردی که احتمال تماس با خون یا مایعات بدن بیمار افزایش می‌یابد از یک گان ضد آب استفاده می‌شود. اگر هنگام مراقبت از یک بیمار، گانی به شدت با خون یا مایعات بدن آلوده یا مرطوب گردد، باید درآورده شده، رعایت بهداشت دست انجام گیرد، و مجدداً یک گان تمیز پوشیده شود. روش‌های خاصی برای کاربرد یک گان بصورت یک مانع وجود ندارد، لکن اعمال توصیه شده برای درآوردن یک گان کثیف در مهارت ۲ـ۲۷ شرح داده شده است.

ماسک‌ها

ماسک‌ها برای جلوگیری از استنشاق ذرات بزرگ معلق در هوا که معمولاً از فواصل کوتاه (حدود ۳ فوت) انتقال می‌یابند، یا قطرات ذرات کوچک که می‌توانند در هوا معلق مانده و از فواصل طولانی‌تر منتقل شوند بکار می‌روند. همچنین ماسک، فرد را از لمس چشم‌ها، بینی و دهان باز می‌دارد، و بنابراین تماس ارگانیسم‌ها را با غشاءهای مخاطی محدود می‌سازد. ماسک در موارد مختلفی استفاده می‌شود. در پاره‌ای موارد، کلیهٔ کارکنان و ملاقات کنندگان بیمار ماسک می‌زنند. در برخی موقعیتها بیماری که تحت احتیاط‌های خاص قرار دارد برای محافظت کارکنان مراقبت بهداشتی و سایر بیماران از قرار گرفتن در معرض هر گونه عامل بیماریزا، هنگامی که به خارج اتاقش منتقل می‌شود، ماسک می‌زند.

یک ماسک فقط یکبار استفاده می‌شود و چنانچه پایین و اطراف گردن بیاید، هرگز نباید برای استفاده مجدد آن را روی دهان و بینی آورد. طول مدت استفاده از یک ماسک در حین مراقبت از مددجو مورد بحث و اختلاف نظر می‌باشد. ولی مطمئناً قبل از آنکه بازدم شخص استفاده کننده مرطوب گردد باید

1- National Institute for occupational safety and Health (NIDSH)

2- Nitrile

کادر ۴ـ۲۷. خلاصه حساسیت به لاتکس

عوامل خطرزا:

- کارکنان مراقبت بهداشتی که دستکشهای لاتکس می‌پوشند.
- افراد مستعد ابتلا به حساسیت
- افراد مبتلا به حساسیت‌های غذایی بویژه موز، فلفل، شاه بلوط، آناناس
- کارگران سازنده محصولاتی که جنس آنها از لاتکس است.
- افراد مبتلا به آسم، اسپاینابیفیدا (Spina bifida)، یا تاریخچه‌ای از روشهای جراحی متعدد یا قرارگرفتن در معرض لاتکس

انواع واکنشها:

ـ درماتیت تماسی تحریکی: درماتیت غیر آلرژیک؛ که به نواحی در تماس با لاتکس محدود می‌گردد. دستکشها ممکن است ایجاد قرمزی و خارش در دستها نمایند.

ـ حساسیت تأخیری: درماتیت تماسی آلرژی؛ که با خشکی، پوسته‌ریزی، قرمزی، خارش، ضایعات وزیکولی و پاپولی در نواحی تماس، از جمله کف دستها بروز می‌نماید. این نوع حساسیت مخاطره‌آمیز نمی‌باشد، ولی به هر حال فرد باید از تماس با لاتکس آگاه باشد.

ـ حساسیت فوری (حاد): واکنش‌های عمومی که با رینیت (Rhinitis)، ورم ملتحمه، تورم عروقی، اسپاسم برونش، شوک و یا واکنشهای عمومی آنافیلاکسی؛ آشکار می‌گردد. این نوع حساسیت مخاطره‌آمیز می‌باشد.

تشخیص

RAST (radio allergo sorbent testing): آزمایش خون از نظر تعیین آنتی‌بادی‌های IgE نسبت به لاتکس

ازمایش سوزنی پوست: مقدار کمی مادهٔ حساسیت‌زای رقیق محتوی لاتکس روی ضخامت کوچکی از پوست قرار داده می‌شود.

ازمایش نوار حساسیتی (Patch test): بخش کوچکی از لاتکس که بصورت نواری درآورده شده به مدت ۴۸ـ۹۶ ساعت روی پوست فرد چسبانده شده، و از نظر نشانه‌های واکنش به لاتکس که در بالا فهرست گردیده بطور دوره‌ای کنترل می‌شود.

چالش دستکش: بیماری که مدتی مجبور به پوشیدن دستکش است، باید از نظر علائم مربوط به واکنشهای لاتکس که در بالا فهرست گردیده بطور دوره‌ای کنترل شود.

احتیاط: در افرادی که مشکوک به حساسیت لاتکس هستند تجهیزات و وسایل اورژانسی باید در دسترس باشد.

ازمون dipstick: قطره‌ای خون روی تکهٔ باریکی قرار می‌گیرد، این آزمون را بدون سایر تجهیزات می‌توان انجام داد (در مواردی که در دسترس نمی‌باشند).

درمان:

- اجتناب از محصولات حاوی لاتکس
- واکنشهای موضعی با دیفن هیدرامین، کمپرس‌های خنک کننده و کرم هیدروکورتیزون ۱٪ درمان می‌شوند.
- واکنشهای عمومی با اپی نفرین (قسمت زیر را ملاحظه کنید) زیر جلدی، استروئیدهای سیستمیک، آنتی‌هیستامین‌ها و انتقال فوری به بخش اورژانس درمان می‌گردند.

دستورالعمل برای بیماران مبتلا به حساسیت‌های لاتکس:

- علامت هشدار «حساسیت به لاتکس» را روی چارت بیمار، روی در و دستبند هویت وی بچسبانید.
- کلیه وسایل حاوی لاتکس را از اتاق بیرون آورید.
- به منظور تجویز داروهای وریدی، یک سه راهی قرار دهید. چسب را روی هریک از مسیرهای تزریق روی لوله‌ها قرار دهید.
- سر پلاستیکی ویال‌ها را قبل از کشیدن داروها بردارید.
- در صورت امکان، یک کارت حاوی این نکته که، «کلیهٔ تجهیزات بدون لاتکس استفاده شود» را در داخل یا خارج از اتاق بیمار قرار دهید.
- چنانچه هیچگونه جایگزین عاری از لاتکس در دسترس نمی‌باشد، از سرنگ‌های شیشه‌ای استفاده کنید.
- قسمتی از کاف فشار خون یا صفحهٔ گوشی آن که از جنس لاتکس است را قبل از استفاده برای بیمار بپوشانید.

محصولات مصرفی که حاوی لاتکس هستند:

- کاف‌های فشار خون
- پدهای الکترود
- لوله‌های وریدی (ست‌های وریدی)
- گوشی فشار خون
- شریان بندها (تورنیکت‌ها)
- سرنگ‌ها
- ماسک‌های جراحی، آرام کننده‌ها

تعویض شود (در مهارت ۲ـ۲۷ نحوهٔ استفاده از ماسک و برداشتن آن توصیه شده است) با افزایش جدی در تعداد موارد سل‌های مقاوم به چند دارویی، راهنماهای جدیدی برای پیشگیری از انتقال این بیماری آماده گردیده است. بر طبق راهنمای CDC، در هنگام ورود به اتاق یک بیمار مبتلا یا مشکوک به سل باید از یک رسپیراتور فیلتردار هوای خاص با اثر بخشی بالا[1] استفاده گردیده و یا یک رسپیراتور N95[2] مصوب NIDSH پوشیده شود.

با برگشت به عقب، به جکسون ری ایورز فکر کنید. پسری که برای ملاقات مادر مبتلا به سل خود که بستری می‌باشد آمده است. پرستار، دانش مربوط به انتقال سل و موانع مناسب را جهت توضیح دادن به آقای ایورز در مورد نیاز به پوشیدن یک ماسک، یا در این مورد، یک رسپیراتور در هم می‌آمیزد.

این رسپتورها هوای دمی را نیز تصفیه می‌کنند، در حالی که ماسک‌های جراحی فقط هوای بازدمی را فیلتره می‌کنند. مراقبین بدنبال کاربرد طولانی مدت رسپیراتور HEPA مشکلاتی را ابراز

1- High-Efficiency Particulate Air filter respirator

2- N95 respirator

نموده‌اند ولی رسپیراتور N95 که به منظور فیلتره نمودن ذرات ریز به قطر $1\mu m$ با کفایت ۹۵٪ طراحی شده‌اند، به نحو آسانتری روی صورت ثابت می‌شود (تصویر ۳ـ۲۷). همچنین ماسک N95 به میزان قابل توجهی ارزانتر از رسپیراتورهای فیلتر دار HEPA می‌باشند. تسمه‌های قابل انعطاف روی این رسپیراتورها محافظت بیشتری را فراهم می‌آورد و نسبت به بندهای روی ماسک‌های جراحی معمولی به نحو بهتری ثابت می‌شوند.

محافظهای چشمی (عینک‌های محافظ)

در جاهایی که خطر آلودگی غشاءهای مخاطی چشم‌ها وجود دارد باید محافظهای چشمی از قبیل عینک‌های دودی یا نقاب صورت در دسترس باشد. هنگام ساکشن کردن تراکئوستومی[1] یا کمک در انجام یک روش تهاجمی که طی آن امکان پاشیدن خون یا سایر مایعات بدن وجود دارد، محافظت مراقبت کننده الزامی است. بدلیل آنکه نقاب‌های لبه دار مورد نیاز است بنابراین عینک‌های با صفحه شیشه‌ای قابل قبول نمی‌باشند.

سایر تجهیزات و روشها

تجهیزات مورد استفاده پس از مصرف یا دور انداخته شده یا اگر مجدداً قابل استفاده باشند بر طبق خط مشی مؤسسه بسته بندی شده و به یک مرکز پاکسازی ناحیه‌ای فرستاده می‌شود تا استریل یا ضد عفونی گردند. چنانچه بسته بندی یک لایه ایمن نبوده و یا اینکه سطح خارجی آن کثیف باشد ممکن است انجام بسته‌بندی دو لایه (دوبل)[2] ضرورت یابد. یک شیئی آلوده نباید هرگز برای بیمار دیگری استفاده شود.

معمولاً بسته‌بندی دولایهٔ زباله‌ها و ملافه‌ها در صورتی که سطح خارجی کیسه بطور بارزی کثیف باشد ضروری است. برخی کیسه‌های ملافه‌ها جاذب آب هستند و در آب داغ حل می‌شوند به همین دلیل جهت گرفتن ملافه‌های آلوده برای کارکنان الزامی نیستند. سینی‌های کاغذی و ظروف غذای پلاستیکی از انتقال ارگانیسم‌ها پیشگیری ننموده و برای مدت طولانی توصیه نمی‌شود. ترکیبی از آب داغ و مواد پاک کننده مورد استفاده در ماشین‌های ظرف‌شویی تجارتی، ظروف، لیوانها و ظروف آشپزخانه را به اندازه کافی تمیز می‌کند. کلیهٔ مایعات یا ترشحات بدنی ریخته شده باید فوراً با یک ماده میکروب‌کش یا گندزدای (ضدعفونی کننده) شیمیایی تمیز شود.

هنگام جمع‌آوری یک نمونه، برای پیشگیری از آلوده شدن سطح خارجی ظرف با هرگونه ترشحات یا مایعات بدن باید مراقبت کافی به عمل آید. کلیهٔ نمونه‌های آزمایشگاهی را در کیسه‌های پلاستیکی قرار دهید و برای جلوگیری از نشت کردن



شکل ۳ـ۲۷

در طی حمل، مهر و موم نمائید. برای دور انداختن آشغال‌هایی که حاوی خون مایع یا نیمه مایع یا سایر مواد بالقوه عفونی (OPIM)[3] هستند زباله‌هایی که به خون یا OPIM آلوده شده‌اند و در صورت تحت فشار قرار گرفتن می‌توانند مواد زیان‌آور و خطرناک آزاد کنند، و آشغال‌هایی که با خون خشک شده یا OPIM عجین هستند و در طی دستکاری شدن قادر به رهایی این مواد می‌باشند کیسه‌ای که با برچسب «مواد زیان‌آور» مشخص شده است مورد استفاده قرار می‌گیرد.

احتیاط‌های کنترل عفونت اختصاصی

علاوه بر موانع‌سازی احتیاط‌های خاصی برای پیشگیری از انتقال عفونت برقرار شده است. از نظر تاریخی، واژه جداسازی[4] برای روشی مورد استفاده قرار گرفته است که انتشار بیماریهای عفونی را بین بیماران بستری، کارکنان بیمارستان و ملاقات کنندگان محدود می‌سازد. اخیراً CDC راهنماهای خاصی را برای احتیاط‌های مبتنی بر انتقال توسعه داده است (به مباحث بعد در همین فصل مراجعه کنید).

جنبه‌های تاریخی

اقدامات اولیه شامل جداسازی یا قرنطینه نمودن بیماران عفونی با یکدیگر در یک محیط مجزا، و بدون رعایت هرگونه روشهای ضد عفونی می‌گردید. در آغاز قرن بیستم، گام‌هایی جهت

1- Tracheostomy
2- Double bagging
3- other potentially infective material (OPIM)
4- Isolation

قراردادن افراد عفونی با یکدیگر در یک بیمارستان یا یک بخش بیمارستان، و با در نظر گرفتن محلی که مراقبت‌دهندگان گان می‌پوشیدند و برای شستن دستها از محلولهای ضدعفونی کننده به عنوان مانعی برای انتقال یک بیماری استفاده می‌نمودند، برداشته شد. سرانجام بیمارستانهای عفونی از جمله آسایشگاههایی که افراد مبتلا به سل را نگهداری می‌کردند تعطیل شدند و بیماران عفونی بطور معمول در بخشهای بیمارستانهای عمومی در اتاقهای مجزا و خصوصی یا در اتاق‌های عمومی همراه با چندین بیمار با یک بیماری مشابه بستری می‌گردیدند.

راهنمایی‌های اولیهٔ CDC

CDC از سال ۱۹۷۰ در توسعه و معرفی اقداماتی برای کنترل عفونت و روشهایی برای بیمارستانها فعالانه تلاش نموده است. اولین راهنمایی‌های دریافت شده از CDC شامل روشهایی برای جداسازی گروه خاص[۱] بود که بر اساس آن کلیهٔ بیماریهای عفونی که به روشهای کنترل عفونت مشابه نیاز داشتند با یکدیگر در یک گروه دسته بندی می‌شدند. CDC توصیه نمود که بیمارستانها روشهای جداسازی خاص را برای پیشگیری از انتقال کلیه بیماریها در هر گروه به کار ببرند.

CDC در سال ۱۹۸۳ به جای آن که بیماریهای عفونی مشابه را با یکدیگر در یک گروه دسته بندی نماید، جداسازی بیماری ـ خاص[۲] را آغاز نمود که طی آن هر بیماری عفونی را بطور جداگانه همراه با مداخلات فردی و موانع ضروری برای پیشگیری از انتقال ارگانیسم بیماریزا فهرست نمود. این سیستم اعمال جداسازی غیر ضروری را حذف کرده و نادیده می‌گیرد، زیرا مراقبت دهندگان برای هر بیماری از دستورات خاص متابعت می‌کنند و بنابراین از هر بیماری بطور فردی بر اساس ارگانیسم بیماریزای خاص مراقبت بعمل می‌آورند. این روش جداسازی به دلیل متعدد بودن بیماریها و راههای انتقال آنها به وجود متخصصین آگاه، تشخیص‌های طبی دقیق و گزارشات آزمایشگاهی به منظور انتخاب گروه جداسازی صحیح نیاز دارد.

احتیاطهای عمومی

نگرانیهایی در مورد انتقال بیماریهای منتقله از راه خون (مثلاً ایدز، هپاتیت ویروسی نوع B یا HBV) و ازدیاد شیوع عفونتهای اکتسابی از بیمارستان سبب گردیده که روی برنامه‌های کنترل عفونت تاکید بیشتری به عمل آید. CDC در سال ۱۹۸۷ به منظور محافظت کارکنان تیم مراقبت بهداشتی طی یک بسیج گسترده توصیه‌هایی را تحت عنوان احتیاطهای عمومی ارائه داده است. CDC پیشنهاد نموده، زمانی که کارکنان تیم مراقبت بهداشتی در معرض خون یا مایعات خاص بدن قرار می‌گیرند باید کلیهٔ بیماران را بالقوه عفونی فرض نمایند، بنابراین خود را موظف به استفاده از دستکش، گان، ماسک و پوشش‌های محافظ چشمی (عینک‌های محافظ) سازند. احتیاطهای عمومی شامل خون، ترشحات مهبلی، شیر پستان، مایع مغزی ـ نخاعی؛ مفصلی، جنبی، صفاقی، پریکاردی و آمنیوتیک گردیده است. این احتیاطها مدفوع، ترشحات بینی، خلط، عرق، اشک، ادرار و استفراغ را در بر نمی‌گرفت مگر آنکه حاوی خون قابل رویت باشند. خطر انتقال HIV یا هپاتیت ویروسی B (HBV) از طریق این مواد بسیار پایین بود یا اصلاً وجود نداشت.

در احتیاطهای عمومی همچنین استفاده از ظروف مقاوم به سوراخ شدن، جهت دور انداختن کلیهٔ سوزنها و اجسام نوک تیز، توصیه گردید. درپوش سوزنها نباید مجدداً گذارده شود زیر اغلب جراحت‌های ناشی از فرورفتن سوزن در این زمان پدید می‌آیند. کاربرد راهبردهای مربوط به احتیاطهای عمومی به مفهوم جایگزین شدن آنها به جای سیستم جداسازی ایمن نبود. CDC استفاده از احتیاطهای عمومی همراه با سیستم‌های مجزاسازی بر حسب دسته‌بندی خاص یا جداسازی اساس بیماری خاص را پیشنهاد نمود.

قوانین OSHA[۳]

OSHA موسسه‌ای دولتی می‌باشد که عمل بهداشت و ایمنی حرفه‌ای را از سال ۱۹۷۰ اداره می‌کند و حداقل استانداردهای بهداشتی و ایمنی را جهت کارکنان فراهم نموده است. OSHA در ۱۹۹۱ قوانینی را به منظور کاربرد احتیاطهای عمومی در کلیه موقعیت‌ها و محیطهایی که احتمالاً افراد حرفه‌ای در معرض خون و سایر مواد بالقوه عفونی قرار می‌گیرند را صادر نمود. این قوانین راهنمایی‌های CDC را در رابطه با رعایت احتیاطهای عمومی، بابرقراری تنبیه از طریق جرائم سنگین تقویت کرد. با توجه به اینکه HBV از طریق خون منتقل می‌شود، بزرگترین خطر را برای کارکنان تیم مراقبت بهداشتی به همراه دارد. لذا OSHA برای جلوگیری از انتقال این بیماری کارفرمایان را ملزم می‌نماید تا واکسن آن را بطور رایگان جهت کارکنان فراهم سازند.

انجمن پرستاران آمریکا به منظور تدارک ایمن‌سازی و ایجاد حفاظت در برابر بیماریهای منتقله از راه خون، روی گسترش

1- Category specific isolation

2- disease specific isolation

3- Occupational safety and Health

نموده‌اند، ولی رسپیراتور N95 که به منظور فیلتره نمودن ذرات ریز به قطر $1\mu m$ با کفایت ۹۵٪ طراحی شده‌اند، به نحو آسانتری روی صورت ثابت می‌شود (تصویر ۳ـ۲۷). همچنین ماسک N95 به میزان قابل توجهی ارزانتر از رسپیراتورهای فیلتر دار HEPA می‌باشند. تسمه‌های قابل انعطاف روی این رسپیراتورها محافظت بیشتری را فراهم می‌آورد و نسبت به بندهای روی ماسک‌های جراحی معمولی به نحو بهتری ثابت می‌شوند.

محافظهای چشمی (عینک‌های محافظ)

در جاهایی که خطر آلودگی غشاءهای مخاطی چشم‌ها وجود دارد باید محافظهای چشمی از قبیل عینک‌های دودی یا نقاب صورت در دسترس باشد. هنگام ساکشن کردن تراکئوستومی[1] با کمک در انجام یک روش تهاجمی که طی آن امکان پاشیدن خون یا سایر مایعات بدن وجود دارد، محافظت مراقبت کننده الزامی است. بدلیل آنکه نقاب‌های لبه دار مورد نیاز است بنابراین عینک‌های با صفحه شیشه‌ای قابل قبول نمی‌باشند.

سایر تجهیزات و روشها

تجهیزات مورد استفاده پس از مصرف یا دور انداخته شده یا اگر مجدداً قابل استفاده باشند بر طبق خط مشی مؤسسه بسته بندی شده و به یک مرکز پاکسازی ناحیه‌ای فرستاده می‌شود تا استریل یا ضد عفونی گردند. چنانچه بسته بندی یک لایه ایمن نبوده و یا اینکه سطح خارجی آن کثیف باشد ممکن است انجام بسته‌بندی دو لایه (دوبل)[2] ضرورت یابد. یک شیئی آلوده نباید هرگز برای بیمار دیگری استفاده شود.

معمولاً بسته‌بندی دولایهٔ زباله‌ها و ملافه‌ها در صورتی که سطح خارجی کیسه بطور بارزی کثیف باشد ضروری است. برخی کیسه‌های ملافه‌ها جاذب آب هستند و در آب داغ حل می‌شوند به همین دلیل جهت گرفتن ملافه‌های آلوده برای کارکنان الزامی نیستند. سینی‌های کاغذی و ظروف غذای پلاستیکی از انتقال ارگانیسم‌ها پیشگیری ننموده و برای مدت طولانی توصیه نمی‌شود. ترکیبی از آب داغ و مواد پاک کننده مورد استفاده در ماشین‌های ظرف‌شویی تجارتی، ظروف، لیوانها و ظروف آشپزخانه را به اندازه کافی تمیز می‌کند. کلیهٔ مایعات یا ترشحات بدنی ریخته شده باید فوراً با یک ماده میکروب‌کش یا گندزدای (ضدعفونی کننده) شیمیایی تمیز شود.

هنگام جمع‌آوری یک نمونه، برای پیشگیری از آلوده شدن سطح خارجی ظرف با هرگونه ترشحات یا مایعات بدن باید مراقبت کافی به عمل آید. کلیهٔ نمونه‌های آزمایشگاهی را در کیسه‌های پلاستیکی قرار دهید و برای جلوگیری از نشت کردن



شکل ۳ـ۲۷

در طی حمل، مهر و موم نمائید. برای دور انداختن آشغال‌هایی که حاوی خون مایع یا نیمه مایع یا سایر مواد بالقوه عفونی (OPIM)[3] هستند، زباله‌هایی که به خون یا OPIM آلوده شده‌اند و در صورت تحت فشار قرار گرفتن می‌توانند مواد زیان‌آور و خطرناک آزاد کنند، و آشغال‌هایی که با خون خشک شده یا OPIM عجین هستند و در طی دستکاری شدن قادر به رهایی این مواد می‌باشند کیسه‌ای که با برچسب «مواد زیان‌آور» مشخص شده است مورد استفاده قرار می‌گیرد.

احتیاط‌های کنترل عفونت اختصاصی

علاوه بر موانع‌سازی احتیاط‌های خاصی برای پیشگیری از انتقال عفونت برقرار شده است. از نظر تاریخی، واژه جداسازی[4] برای روشی مورد استفاده قرار گرفته است که انتشار بیماریهای عفونی را بین بیماران بستری، کارکنان بیمارستان و ملاقات کنندگان محدود می‌سازد. اخیراً CDC راهنماهای خاصی را برای احتیاط‌های مبتنی بر انتقال توسعه داده است (به مباحث بعد در همین فصل مراجعه کنید).

جنبه‌های تاریخی

اقدامات اولیه شامل جداسازی یا قرنطینه نمودن بیماران عفونی با یکدیگر در یک محیط مجزا، و بدون رعایت هرگونه روشهای ضد عفونی می‌گردید. در آغاز قرن بیستم، گام‌هایی جهت

1- Tracheostomy
2- Double bagging
3- other potentially infective material (OPIM)
4- Isolation

قراردادن افراد عفونی با یکدیگر در یک بیمارستان یا یک بخش بیمارستان، و با در نظر گرفتن محلی که مراقبت‌دهندگان گان می‌پوشیدند و برای شستن دستها از محلولهای ضدعفونی کننده به عنوان مانعی برای انتقال یک بیماری استفاده می‌نمودند برداشته شد. سرانجام بیمارستانهای عفونی از جمله آسایشگاههایی که افراد مبتلا به سل را نگهداری می‌کردند تعطیل شدند و بیماران عفونی بطور معمول در بخشهای بیمارستانهای عمومی در اتاقهای مجزا و خصوصی یا در اتاق‌های عمومی همراه با چندین بیمار با یک بیماری مشابه بستری می‌گردیدند.

راهنمایی‌های اولیهٔ CDC

CDC از سال ۱۹۷۰ در توسعه و معرفی اقداماتی برای کنترل عفونت و روشهایی برای بیمارستانها فعالانه تلاش نموده است. اولین راهنمایی‌های دریافت شده از CDC شامل روشهایی برای جداسازی گروه خاص[1] بود که بر اساس آن کلیهٔ بیماریهای عفونی که به روشهای کنترل عفونت مشابه نیاز داشتند با یکدیگر در یک گروه دسته بندی می‌شدند. CDC توصیه نمود که بیمارستانها روشهای جداسازی خاص را برای پیشگیری از انتقال کلیه بیماریها در هر گروه به کار ببرند.

CDC در سال ۱۹۸۳ به جای آن که بیماریهای عفونی مشابه را با یکدیگر در یک گروه دسته بندی نماید، جداسازی بیماری ـ خاص[2] را آغاز نمود که طی آن هر بیماری عفونی را بطور جداگانه همراه با مداخلات فردی و موانع ضروری برای پیشگیری از انتقال ارگانیسم بیماریزا فهرست نمود. این سیستم اعمال جداسازی غیر ضروری را حذف کرده و نادیده می‌گیرد، زیرا مراقبت دهندگان برای هر بیماری از دستورات خاص متابعت می‌کنند و بنابراین از هر بیماری بطور فردی بر اساس ارگانیسم بیماریزای خاص مراقبت بعمل می‌آورند. این روش جداسازی به دلیل متعدد بودن بیماریها و راههای انتقال آنها به وجود متخصصین آگاه، تشخیص‌های طبی دقیق و گزارشات آزمایشگاهی به منظور انتخاب گروه جداسازی صحیح نیاز دارد.

احتیاطهای عمومی

نگرانیهایی در مورد انتقال بیماریهای منتقله از راه خون (مثلاً ایدز، هپاتیت ویروسی نوع B یا HBV) و ازدیاد شیوع عفونتهای اکتسابی از بیمارستان سبب گردیده که روی برنامه‌های کنترل عفونت تاکید بیشتری به عمل آید. CDC در سال ۱۹۸۷ به منظور محافظت کارکنان تیم مراقبت بهداشتی طی یک بسیج گسترده توصیه‌هایی را تحت عنوان احتیاطهای عمومی ارائه داده است. CDC پیشنهاد نموده، زمانی که کارکنان تیم مراقبت بهداشتی در معرض خون یا مایعات خاص بدن قرار می‌گیرند باید کلیهٔ بیماران را بالقوه عفونی فرض نمایند، بنابراین خود را موظف به استفاده از دستکش، گان، ماسک و پوشش‌های محافظ چشمی (عینک‌های محافظ) سازند. احتیاطهای عمومی شامل خون، ترشحات مهبلی، شیر پستان، مایع مغزی ـ نخاعی؛ مفصلی، جنبی، صفاقی، پریکاردی و آمنیوتیک گردیده است. این احتیاطها مدفوع، ترشحات بینی، خلط، عرق، اشک، ادرار و استفراغ را در بر نمی‌گرفت مگر آنکه حاوی خون قابل رویت باشند. خطر انتقال HIV یا هپاتیت ویروسی B (HBV) از طریق این مواد بسیار پایین بود یا اصلاً وجود نداشت.

در احتیاطهای عمومی همچنین استفاده از ظروف مقاوم به سوراخ شدن، جهت دور انداختن کلیهٔ سوزنها و اجسام نوک تیز، توصیه گردید. درپوش سوزنها نباید مجدداً گذارده شود زیر اغلب جراحت‌های ناشی از فرورفتن سوزن در این زمان پدید می‌آیند. کاربرد راهبردهای مربوط به احتیاطهای عمومی به مفهوم جایگزین شدن آنها به جای سیستم جداسازی ایمن نبود. CDC استفاده از احتیاطهای عمومی همراه با سیستم‌های مجزاسازی بر حسب دسته‌بندی خاص یا جداسازی اساس بیماری خاص را پیشنهاد نمود.

قوانین OSHA[3]

OSHA موسسه‌ای دولتی می‌باشد که عمل بهداشت و ایمنی حرفه‌ای را از سال ۱۹۷۰ اداره می‌کند و حداقل استانداردهای بهداشتی و ایمنی را جهت کارکنان فراهم نموده است. OSHA در ۱۹۹۱ قوانینی را به منظور کاربرد احتیاطهای عمومی در کلیه موقعیت‌ها و محیطهایی که احتمالاً افراد حرفه‌ای در معرض خون و سایر مواد بالقوه عفونی قرار می‌گیرند را صادر نمود. این قوانین راهنمایی‌های CDC را در رابطه با رعایت احتیاطهای عمومی، بابرقراری تنبیه از طریق جرائم سنگین تقویت کرد. با توجه به اینکه HBV از طریق خون منتقل می‌شود، بزرگترین خطر را برای کارکنان تیم مراقبت بهداشتی به همراه دارد. لذا OSHA برای جلوگیری از انتقال این بیماری کارفرمایان را ملزم می‌نماید تا واکسن آن را بطور رایگان جهت کارکنان فراهم سازند.

انجمن پرستاران آمریکا به منظور تدارک ایمن‌سازی و ایجاد حفاظت در برابر بیماریهای منتقله از راه خون، روی گسترش

1- Category specific isolation

2- disease specific isolation

3- Occupational safety and Health

فعالیتهای oSHA جهت دانشجویان پرستاری که در محیطهای مراقبت بهداشتی کاروزی می‌کنند، اصرار می‌ورزد. OSHA همچنین بیمارستانهایی را که در کاربرد تجهیزات یا وسایل تقلیل دهنده خطر آسیب‌های ناشی از فرورفتن سوزن ضعیف عمل نمایند را جریمه می‌کند.

احتیاطهای مواد ترشحی بدن[1]

احتیاطهای مواد ترشحی (یا جداسازی مواد ترشحی بدن) متمم احتیاطهای عمومی است. برای کاهش خطر انتقال ارگانیسمها بین مددجویان و به حداقل رساندن خطر عفونت در کارکنان مراقبت بهداشتی برای اولین بار در سال ۱۹۸۵ در مرکز پزشکی هاربورویو[2] ساتل[3] طرح‌ریزی و اجرا شد.

طبق احتیاطهای مربوط به مجزاسازی مواد ترشحی، کلیهٔ مواد مرطوب بدن صرف نظر از تشخیص بیمار، بالقوه عفونی در نظر گرفته می‌شود و کاربرد موانعی که کارکنان مراقبت بهداشتی را در هنگام تماس با ترشحات بدن، غشاءهای مخاطی و پوست ناسالم حفظ می‌کنند، مورد حمایت قرار می‌دهد. این احتیاطها به مفهوم کامل نه تنها خون و مایعات آغشته به خون را در بر می‌گیرد، بلکه مدفوع، ادرار، تراوشات زخم، ترشحات دهان، استفراغ و هر مادهٔ دیگر بدن را نیز شامل می‌شود. مدافعین مجزاسازی مواد ترشحی بدن آن را روش ساده برای کنترل عفونت در نظر می‌گیرند.

کاربرد احتیاطهای مجزاسازی مواد ترشحی بدن، نیاز به سیستم‌های دسته بندی خاص یا بیماری خاص را محدود می‌سازد، به استثناء بیماریهای معینی که از راه هوا ایجاد می‌شوند و لزوم احتیاطهای خاص را ایجاب می‌کنند. آبله مرغان[4]، انفلوانزا و سل ریوی مثالهایی از بیماریهای ایجاد شده از راه هوا هستند که به یک اتاق خصوصی با در بسته و یک علامت «هشدار ایست» روی در نیاز دارند، بطوری که لازم است ملاقات کنندگان قبل از ورود به اتاق، ورودشان را با پرستار کنترل نمایند. استفاده از ماسک به نوع ارگانیسم و وضعیت ایمنی فرد ملاقات کننده بستگی دارد. با طراحی جداسازی مواد ترشحی از طریق درمان کلیه افراد با یک روش مشابه خطرات ممکن برای بیماران و کارکنان کاهش یافته، بنابراین احتمال بروز عفونت از بیماریهای ناشناخته و تشخیص داده نشده به حداقل می‌رسد.

در این سیستم دستکش‌های یکبار مصرف و ظروف مخصوص دور انداختن سرسوزنها، در هر اتاقی وجود دارند. رعایت روش خوب بهداشت دستها، طی هر برخورداری با بیمار قبل و بعد از مراقبت ضروری است. استفاده از دستکشهای تمیز برای هر بیماری الزامی بوده و در موقعیتهایی که بیمار به مراقبت شدید نیاز دارد، اغلب دستکشها چندین بار در هنگام مراقبت از یک بیمار تعویض می‌گردند. پس از درآوردن دستکشها فقط اگر کثیفی قابل مشاهده روی دستها وجود داشت، در این سیستم رعایت بهداشت دستها توصیه می‌شود. برخی از کارشناسان مراقبت بهداشتی از عدم تاکید روی شستن دستها بعد از خارج کردن دستکشها به عنوان یک نقطه ضعف در این سیستم یاد می‌کنند.

احتیاطهای مجزاسازی ترشحات بدن، برای ملافه‌های کثیف، زباله‌های دور انداختنی، و نمونه‌های آزمایشگاهی نیز روشی ثابت ارائه نموده است. کیسه‌های مخصوص رختشویخانه محکم بسته شده و با روش معمول حمل می‌شوند. در صورتی که روی سطح خارجی آنها آلودگی آشکار وجود داشته باشد به بسته بندی دوتایی (دوبل) نیاز دارند. کارگران رختشویخانه باید در هنگام برداشتن و دست زدن به ملافه‌های کثیف دستکشهای محکم پوشیده و روش خوب شستن دستها را رعایت و ادامه دهند. زباله‌ها باید طبق خط مشی بیمارستان، یا درخواستهای ناحیه‌ای و ایالتی به نحو ایمنی در داخل کیسه‌های پلاستیکی ریخته و محکم گره زده شده و دور انداخته شوند.

هنوز برخی بیمارستانها احتیاطهای مجزاسازی ترشحات بدن را بکار می‌برند، لکن برای بیماریهای خاص منتقله از راه هوا «علامت هشدار ایست» همراه با احتیاطهای مربوط به انتقال از هوا را جایگزین نموده‌اند. کمیتهٔ پیوستن به استوارنامه‌های سازمانهای مراقبت بهداشتی (JCAHO)[5] پیشنهاد نموده است که به جای بیماری خاص، فقط راه انتقال روی خارج در اتاق هر بیماری نصب شود. CDC، مرکز مراقبت بهداشتی را به مرور توصیه‌های ارائه شدهٔ اخیر و تغییر آنها بر حسب نیاز مؤسسه‌اشان ترغیب می‌نماید.

راهنمایی‌های اخیر CDC

آخرین راهنماهای CDC جایگزین کلیهٔ توصیه‌های قبلی شده است. کمیتهٔ مشاوره اعمال کنترل عفونت بیمارستانی CDC (HICPAC)[6] احتیاطهای مجزاسازی را به منظور استفاده در محیطهای مراقبت بهداشتی بازنگری نمود. آخرین

1- Body substance precautions

2- Harborview 3- sattle

4- Varicella (chickenpox)

5- The joint commission on Accrediation of health care organizations

6- Hospital Infection Control Practices Advisory Committee

ارتقاء سلامت ۱ـ۲۷. احتیاطهای کنترل عفونت و روشهای مانع‌سازی

نحوهٔ بکارگیری احتیاطهای کنترل عفونت یا موانع‌سازی را در هنگام مراقبت از بیماران محیطهای مراقبت بهداشتی یا محیطهای جامعه با استفاده از فهرست کنترلی بررسی تعیین نمائید. سپس توصیفی از «مراقبت از خود» را با انتخاب رفتارهای مناسب از فهرست پیشنهادات توسعه دهید.

فهرست بررسی	تقریباً همیشه	گاهی اوقات	تقریباً هرگز
۱ـ بهداشت دستها را قبل و بعد از تماس با یک بیمار رعایت می‌کنم.	□	□	□
۲ـ من در صورت تماس با خون یا مایعات بدن چنانچه ممکن باشد دستکش می‌پوشم.	□	□	□
۳ـ من وسایل حفاظتی اضافی را در صورت لزوم بکار می‌برم (گان، ماسک، عینک‌های حفاظتی)	□	□	□
۴ـ من از درپوش گذاردن مجدد برای هر سوزنی اجتناب می‌کنم.	□	□	□
۵ـ من سرسوزنها یا سایر اجسام نوک تیز را در یک ظرف مقاوم به سوراخ شدن یکبار مصرف می‌اندازم.	□	□	□
۶ـ من وسایل و اجسام آلودهٔ استفاده شده را در یک کیسهٔ زبالهٔ پلاستیکی مقاوم و ضد نشت می‌اندازم.	□	□	□

رفتارهای مراقبت از خود

۱ـ استانداردهای کنترل عفونت را که از سوی OSHA و CDC منتشر شده است را بخوانید.
۲ـ به برنامه‌هایی که بر اساس سیاستها و خط مشی‌های اخیر CDC یا OSHA ارائه شده‌اند توجه نمائید.
۳ـ عادات بهداشت فردی را بطور دقیق حفظ کنید.
۴ـ ایمن‌سازی را تا حدی که در دسترس می‌باشد، کسب نمائید.
۵ـ هرگونه علائم و نشانه‌های یک عفونت را بررسی کنید.
۶ـ بهداشت دستها را بطور مکرر انجام دهید.
۷ـ بهداشت دستها را بلافاصله بعد از درآوردن دستکشها انجام دهید.
۸ـ برای پیشگیری از قرار گرفتن در معرض خون، مایعات بدن یا ترشحات خودتان را با موانع ضروری محافظت نمائید.
۹ـ در صورتیکه در معرض هرگونه خون یا ترشحات بدن قرار گرفتید از خط مشی محل کار خود متابعت نمائید.
۱۰ـ هرگز در جاهایی که احتمال قرار گرفتن حرفه‌ای در معرض ترشحات و خون وجود دارد، از خوردن، آشامیدن، سیگار کشیدن، کاربرد لنزهای تماسی دستی اجتناب نموده و از مرطوب کننده و براق‌کننده‌های لب استفاده نکنید.

دستورالعمل‌ها شامل طرح‌های احتیاطهای عمومی و مواد ترشحی بدن می‌شود لکن کاربرد واژه‌شناسی جدید با سیستم قبلی آنقدرها گیج کننده نمی‌باشد. در این راهنما (دستورالعمل) اهمیت مایعات، ترشحات و مواد دفعی بدن در انتقال عوامل بیماریزای عفونتهای بیمارستانی شناخته شده است. پرستاران باید روشهای گوناگون مجزاسازی یا موانع‌سازی را درک کنند که اگر آنها را به نحو صحیحی بکار ببرند خطر عفونتها را نزد بیماران و همین طور خودشان به حداقل می‌رسانند (ارتقاء سلامت ۱ـ۲۷؛ احتیاطهای کنترل عفونت و روشهای مانع‌سازی، را ملاحظه نمائید).

در راهنمای (دستورالعمل) بازنگری شده دو نوع احتیاط طراحی شده است:

۱ـ احتیاطهای استاندارد: احتیاطهایی که در مراقبت از کلیهٔ افراد بستری در بیمارستان، صرف نظر از تشخیص، یا وضعیت عفونی احتمالی اشان بکار می‌رود. این احتیاطها در مورد خون، کلیهٔ مایعات بدن، ترشحات، و مواد دفعی به استثناء عرق (اعم از اینکه در آن خون آشکار وجود داشته باشد یا نه؟)، پوست و غشاءهای مخاطی ناسالم بکار گرفته می‌شود.

۲ـ احتیاطهای مبتنی بر انتقال: احتیاطهایی که علاوه بر احتیاطهای استاندارد برای بیماران بستری در بیمارستان که مشکوک به عفونت ناشی از عوامل بیماریزای منتقله از راه هوایی، قطرات ترشحی یا راههای تماسی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد. این احتیاطها کلیهٔ بیماریها یاموقعیت‌های قبلی را که در دسته‌بندی بیماری ـ خاص یا گروه ـ خاص فهرست شده بود را در بر می‌گیرد. در این دسته بندی این شناخت وجود دارد که یک بیماری دارای راههای متعددی برای انتقال می‌باشد.

جکسون ری ایورز، پسر بیمار مبتلا به سل را به خاطر آورید. پرستار بر اساس دانش و اطلاعات خود از انتقال بیماری، احتیاطهای راه هوایی را برای بیمار جایگزین نموده و به آقای ایورز در مورد نیاز به رعایت بهداشت مناسب دستها و استفاده از یک ماسک آموزش می‌دهد.

سه نوع احتیاط مبتنی بر انتقال (راه هوایی، قطرات، یا تماس) ممکن است به تنهایی یا همراه با احتیاطهای استاندارد بکار رود. در کادر ۵ـ۲۷ دستورالعمل‌های (راهنماهای) CDC همراه با توصیه‌های خاص در مورد هر دو نوع احتیاطها خلاصه شده است). بیمارستانها برای اجرای این راهبردهای کنترل عفونت به ایجاد تغییرات لازم در این توصیه‌ها تشویق می‌شوند.

کادر ۵ـ۲۷. خلاصهٔ اعمال توصیه شده برای احتیاطهای استاندارد و مبتنی بر انتقال

احتیاطهای استاندارد (ردیف ۱)

● روشهای بهداشت دست را پیگیری نمائید (کادر ۳ـ۲۷ را ملاحظه نمائید).

● در هنگام لمس خون، مایعات بدن، ترشحات دفعی، اجسام آلوده، غشاءهای مخاطی و پوست سالم دستکش‌های تمیز غیر استریل بپوشید. دستکشها را بین کارهای مختلف برای همان بیمار در صورت لزوم تعویض کنید و دستکشها را سریعاً بعد از استفاده درآورید.

● در طی روشها و فعالیتهای مراقبتی که به احتمال زیاد بدنبال آنها خون یا مایعات بدن به اطراف پاشیده می‌شود تجهیزات حفاظتی شخصی چون ماسک، عینک محافظ چشمی، نقاب صورت، گان دافع مایعات (ضد آب) بپوشید. برای حفاظت پوست و پیشگیری از کثیف و آلوده شدن لباسها از گان استفاده کنید.

● اجتناب از درپوش گذاردن مجدد سرسوزنها. چنانچه باید درپوش بگذارید، هرگز از دو دست استفاده نکنید. از یک وسیله برای درپوش‌گذاری مجدد یا از روش یک دستی استفاده نمائید (تصویر ۴ـ۲۷ را ملاحظه فرمائید) سرسوزنها، اجسام نوک تیز و اسکالپها را بعد از مصرف در یک ظرف مقاوم به سوراخ نشدن بریزید.

● تجهیزات مورد استفاده برای مراقبت از بیمار را که با خون یا مایعات، ترشحات و مواد دفعی بدن آلوده شده‌اند را برای پیشگیری از انتقال میکروارگانیسمها با دقت در دست بگیرید. اشیاء را تیز نموده و مجدداً به نحو مناسبی برای استفاده بیمار دیگر منظم نمائید.

● برای اطمینان یافتن از ارائه مراقبت منظم و پیگیری روشهای پاکسازی و ضدعفونی، کنترل‌های محیطی کافی را به کار ببرید.

● لزوم اتاق خصوصی را دقیقاً مرور کنید. بیمارانی که ممکن است محیط را آلوده کننده را در اتاقهای خصوصی قرار دهید (مثلاً یک بیمار بی‌اختیار)

احتیاطهای مبتنی بر انتقال (ردیف ۲)

علاوه بر احتیاطهای استاندارد، احتیاطهای زیر نیز توصیه می‌شود:

احتیاطهای انتقال از راه هوا

● این موارد را جهت بیمارانی که دارای عفونتهایی هستند که از راه هوا منتشر می‌گردد مثلاً سل، آبله مرغان، و سرخجه بکار ببرید.

● بیمار را در اتاق خصوصی قرار دهید که دارای فشار هوای منفی کنترل شده با ۱۲ـ۶ تعویض هوا در ساعت در رابطه با محیط اطراف باشد، و یا هوای بیرون را بطور مناسبی خارج نماید و همچنین اگر هوا دوباره به جریان می‌افتد دارای تهویهٔ کنترل شده باشد. بیمار را در اتاق در بسته نگهدارید.

● در هنگام ورود به اتاق بیمار با سل شناخته شده یا مشکوک به آن حفاظت تنفسی را به کار ببرید. چنانچه بیمار مبتلا یا مشکوک به سرخجه یا آبله مرغان می‌باشد، محافظهای تنفسی باید پوشیده شود مگر آنکه فردی که وارد اتاق می‌شود نسبت به این بیماریها مصون باشد.

● بیمار را فقط در موارد ضروری به خارج از اتاق منتقل سازید و صورت وی را نیز حتی‌المقدور با یک ماسک جراحی بپوشانید.

● در مورد سایر راهبردهای پیشگیری کننده برای سل با راهنماهای CDC مشاوره کنید.

احتیاطهای مربوط به قطرات ترشحی

● این موارد را جهت بیمارانی که دارای عفونتهایی هستند که از طریق انتشار قطرات ترشحی بزرگ منتقل می‌شوند، مثلاً سرخجه، اوریون، دیفتری و عفونت آدنوویروس در نوزادان و کودکان کوچک به کار ببرید.

● در صورت در دسترس بودن از اتاق خصوصی استفاده کنید. در ممکن است باز بماند.

● وقتی که تا فاصله ۳ فوتی بیمار کار می‌کنید، ماسک بزنید.

● بیمار را فقط در صورت لزوم به خارج از اتاق بیمار منتقل نموده و در صورت امکان از یک ماسک جراحی برای پوشاندن صورت استفاده کنید.

● ملاقات‌کنندگان را در فاصله ۳ فوتی فرد عفونی نگه دارید.

احتیاطهای تماسی

این موارد را جهت بیمارانی که توسط میکروارگانیسمهایی که از طریق تماس مستقیم یا غیر مستقیم انتشار می‌یابند (مثلاً MRSA، VRE یا VISA) به کار ببرید.

● در صورت در دسترس بودن، بیمار را در اتاق خصوصی قرار دهید.

● در هنگام ورود به اتاق دستکش بپوشید. دستکشها را بعد از برقراری تماس با مواد عفونی تعویض نمائید. دستکشها را قبل از ترک محیط بیمار، و شستن دستها با یک مادهٔ ضد میکروبی یا مواد ضد عفونی کننده بی آب (خشک) خارج نمائید.

● چنانچه احتمال تماس با عوامل عفونت‌زا وجود دارد یا بیمار اسهال، ایلئوستومی (Illeostomy)، کولوستومی (Colostomy) یا زخم حاوی ترشح دارد گان بپوشید.

● حرکت بیمار را خارج از اتاق وی محدود سازید.

● از مصرف وسایل مشترک در هنگام مراقبت از بیمار اجتناب کنید.

CDC توصیه‌های مربوط به کاربرد ظروف مقاوم به سوراخ شدن برای کلیهٔ سر سوزنهای تیز و یکبار مصرف را ادامه می‌دهد. هرگز سرسوزنها را نباید مجدداً درپوش گذاشت، زیرا که اکثر جراحات ناشی از فرورفتن سوزنها در طی درپوش گذاشتن پدید می‌آیند. جدی‌ترین خطر مربوط به این آسیب‌ها قرار گرفتن در معرض عوامل بیماریزای منتقله از راه خون مثلاً HBV، ویروس هپاتیت C (HCV)، و HIV می‌باشد. بعد از یک آسیب ناشی از فرورفتن سوزن بزرگترین خطر تغییر سرمی (تکامل آنتی‌بادی‌ها در پاسخ به یک عفونت) همراه باهپاتیت B (۳۰٪ـ۱۰٪) رخ می‌دهد، هپاتیت C میزان شیوع کمتری از تغییر سرمی (۱۰٪ـ۴٪) دارد و HIV دارای کمترین احتمال (۰/۳٪ـ۰/۱٪) تغییر سرمی بعد از یک آسیب ناشی از فرورفتن سوزن را دارد (شیائوگو و مک‌لاوز[1]، ۲۰۰۲) در حال حاضر بسیاری از بیمارستانها سر سوزنها یا سیستم‌های داخل وریدی محافظت شده را خریداری می‌کنند. مطالعات انجام شده در این زمینه نشانگر آن است که گرچه این محصولات گرانتر هستند لکن

1- Shiao, Guo & Mclaws



شکل ۴ـ۲۷

هزینه‌های بالاتر مربوط به تدارک وسایل جدیدتر با مخارج درمان و پیگیری جراحات ناشی از فرورفتن سوزن به داخل پوست در کارکنان برابری می‌کند. با اینکه تجهیزات جایگزین در دسترس می‌باشند، لکن هنوز پرستاران باید مسئول ایمنی کار عملی خودشان باشند. در موقعیتهای خاص به علت آنکه امکان دسترسی فوری به واحد مربوط به دور انداختن سوزنها وجود ندارد، ممکن است که درپوش‌گذاری مجدد سوزن ضرورت یابد. در شکل ۴ـ۲۷ مثالی از نحوهٔ درپوش گذاری مجدد سوزن برای پیشگیری از آسیب‌های ناشی از فرورفتن سرسوزنها آورده شده است.

موقعیتهای خاص

پرستار در هنگام مراقبت از بیمار تحت درمان با متی‌سیلین مقاوم به استافیلوکوک طلایی (MRSA)[۱] یا وانکومایسین مقاوم به انتروکوکوس (VRE)[۲] نقش مهمی در پیشگیری از عفونت دارد. در صورت شناسایی هریک از دو موقعیت فوق، دستورالعمل‌های CDC مربوط به احتیاطهای استاندارد برای کلیه بیماران به کار می‌رود، و در سطح دوم احتیاطهای مبتنی بر انتقال، بویژه احتیاطهای تماس اجرا می‌شود (کادر ۵ـ۲۷ را ملاحظه نمائید). اقدامات زیر برای پیشگیری از انتشار این ارگانیسم‌ها مؤثر هستند (اقتباس از ژوانتر[۳]، کلین[۴] و جونز[۵]، ۲۰۰۲).

- در هنگام ورود به اتاق بیماری که احتمالاً دارای یک باکتری مقاوم به باکتری است، دستکشهای غیر استریل بپوشید.
- دستکشها را بعد از مراقبت درآورید و قبل از تماس با سایر بیماران بهداشت خوب دستها را انجام دهید.
- از دست کردن حلقه، النگو یا ساعت اجتناب کنید.
- از کاف و گوشی فشار خون، حرارت سنج، یا سایر و سایل برای این بیمار بطور مشترک با سایر بیماران استفاده نکنید.
- برای پیشگیری از آلوده شدن سایر نواحی بدن بیمار، بعد از انجام هر کار دستکشها را تعویض کنید.
- احتیاطهای تماس مبتنی بر انتقال را تقویت کنید (همان طوری که در کادر ۵ـ۲۷ بحث شده است).

گاهاً پرستاران لازم است احتیاطهای مربوط به نوتروپنی (کاهش نوتروفیل‌های خون) را برای بیماری که از نظر ایمنی تحت مخاطره می‌باشد بکار ببرند (مثلاً در مورد بیماری که بدنبال عمل جراحی پیوند در مرحله نقاهت بسر می‌برد یا تحت شیمی درمانی می‌باشد). غالباً افرادی که دچار ضعف سیستم ایمنی هستند، از ارگانیسم‌های سکنی یافته در بدن خودشان نسبت به عوامل بیماریزای موجود در محیط یا منتقله از سایر افراد، به میزان بیشتری عفونی می‌شوند. احتیاطهای استاندارد برای همهٔ بیماران ضروری است، لکن زمانی که توانایی بیمار برای مقاومت در برابر هرگونه باکتری مهاجم به مخاطره افتاد، انجام برخی اقدامات اضافی مفید است. در این موقعیت توصیه‌های لازم به شرح زیر است:

- انتخاب یک مراقبت دهندهٔ سالم
- محدود کردن ملاقاتهای دوستان و افراد خانواده‌ای که دچار سرماخوردگی یا بیماریهای واگیردار هستند.
- خودداری از نگهداری آب راکد در اتاق (مثلاً در ظرف مخصوص گل‌ها یا دستگاه بخور) به منظور پیشگیری از رشد و تکثیر مشخص باکتریها در این آب

کاربرد ضد عفونی (گندزدایی) جراحی

روشهای ضد عفونی (گندزدایی) جراحی مرتباً در اتاق عمل، زایشگاهها و اتاق زایمان، و محل‌های انجام روشهای تشخیصی

1- Methicillin resistant staphylococcus aureus

2- vancomycin resistant enterococcus

3- Gewanter

4- klein

5- Jones

و همچنین توسط پرستار در کنار بستر بیمار به کار می‌رود. روشهایی چون گذاردن یک سوند ادراری، تعویض پانسمانهای استریل و آماده کردن یک داروی تزریقی مثالهایی از روشهای ضدعفونی جراحی هستند. یک شیء وقتی استریل محسوب می‌گردد که کلیهٔ میکروارگانیسم‌های آن اعم از بیماریزا و هاگ‌ها (اسپورها) تخریب شده باشند. برای مثال سوزن مورد استفاده برای تزریق باید طوری در دست گرفته شود که هنگام فرو شدن به مددجو استریل بماند. در هنگام انجام پانسمان برای گرفتن وسایل و پانسمانهای استریل جهت محافظت از آلودگی باید از یک پنس یا دستکش استریل استفاده نمود. اصول اساسی ضد عفونی (گندزدایی) جراحی در کادر ۶-۲۷ فهرست شده است.

در گندزدایی طبی چنانچه نواحی مورد نظر حامل عوامل بیماریزا بوده یا مشکوک به حمل آنها باشند، آلوده در نظر گرفته می‌شوند. هرگاه ناحیه‌ای با شیء غیر استریل تماس یابد، از نظر ضد عفونی جراحی آلوده به حساب می‌آید. یکی از مهمترین اجزاء گندزدایی جراحی و طبی به منظور تأثیر مناسب آنها به صداقت و وجدان آنهایی که آن را انجام می‌دهند بستگی دارد. در هنگام کاربرد روشهای ضدعفونی جراحی تاکید روی اشتباهات از جنبه سلامتی به مراتب بهتر است نسبت به اینکه روی شانس آلودگی احتمالی بی اهمیت باشیم. برای احقاق حق بیمار و به عنوان مدافع وی رعایت دقیق ضد عفونی ضرورت داشته و در مواردی که ایمنی بیمار بوسیلهٔ روشهای نامناسب به مخاطره می‌افتد باید با صراحت صحبت نمود.

به عقب برگردید و به مورد ایستر بایلی، خانمی که در تمرین انعکاسی شرح داده شد فکر کنید. پرستار با صحبت کردن در مورد احتمال آلودگی سوند، به طور مناسبی عمل می‌نماید. آیا این سوند استفاده شده، ایمنی بیمار را به مخاطره انداخته است.

توصیف و تشریح روشهای ضد عفونی جراحی برای بیماران همکاری آنان را تسهیل می‌نماید. بیمار باید در مورد اجتناب از حرکات ناگهانی که احتمال دارد وسایل را آلوده کند و اجسام و نواحی که نباید لمس شود آگاهی یابد. این امر با یاری بیمار به حفظ استریل ماندن روش کمک می‌نماید.

باز کردن یک بسته استریل و آماده نمودن یک زمینه استریل

وسایل استریل آماده تجارتی ممکن است در کاغذ یا بسته‌هایی در ظروف پلاستیکی محکم پیچیده شوند. بسته‌های استریل روی یک سطح باز یا در حالی که در دستها قرار گرفته‌اند باز می‌شوند. در مهارت ۳-۲۷ نحوهٔ باز کردن یک بسته استریل و مهیا نمودن یک زمینه استریل نشان داده شده است. در صورتی که یک وسیلهٔ استریل مورد استفاده قرار نگیرد، باید فوراً پوشانده شود. برای پوشاندن مجدد، فقط سطح خارجی پوشش را لمس کنید و دستور باز کردن را بطور وارونه اجرا نمائید.

ریختن محلولهای استریل

هنگام ریختن یک مایع استریل روی پانسمان استریل یا داخل یک ظرف استریل باید مراقبت لازم بعمل آید. سطوح خارجی بطری (شیشه) و سرپوشی آن غیر استریل هستند، در حالی که نواحی داخلی و محلول استریل محسوب می‌گردند. وقتی که محلولی باز شده است، باید روی سطح بیرونی شیشه بر چسب چسبانده شده و جهت استفاده مجدد تاریخ‌گذاری شود. اکثر محلولها به مدت ۲۴ ساعت پس از باز شدن استریل می‌مانند. در موقع ریختن محلول از بطری، آن را محکم در دست گرفته به نحوی که برچسب در کف دستتان قرار بگیرد این عمل از ریختن محلول روی برچسب و ناخوانا شدن آن جلوگیری می‌کند. چنانچه شما محلول را از بطری که قبلاً استفاده شده است می‌ریزید، ابتدا مقدار کمی محلول را به داخل ظرف زباله بریزید تا بدین ترتیب دورتادور لبه بطری تمیز شود (مهارت ۳-۲۷ را ملاحظه فرمائید).

افزودن وسایل استریل به یک زمینه استریل

بعد از ایجاد یک زمینهٔ استریل (یعنی بدنبال باز کردن یک بسته استریل) امکان دارد لازم باشد تا وسایلی را به آن اضافه نمائیم. در مهارت ۳-۲۷، اعمال ۱۰-۸ این روش نشان داده شده است. وقتی که زمینهٔ استریلی ایجاد می‌شود، اجسام موجود روی یک زمینهٔ استریل را فقط با استفاده از انبرک (فورسپس[1]) استریل یا با دستهایی که دستکش‌های استریل دارند می‌توان برداشت.

پوشیدن دستکش‌های استریل

دستکشهای استریل طوری پوشیده می‌شوند که فقط سطوح داخلی آنها با دستها برخوردنمایند. درمهارت ۴-۲۷ نحوه پوشیدن دستکشهای استریل بطریق مناسب شرح داده شده است. بعد از پوشیدن دستکشها، فقط وسایل استریل را می‌توان برداشت. هنگام درآوردن دستکشها باید توجه دقیق نمود تا امکان برخورد با مواد آلوده به حداقل ممکن برسد. رعایت مناسب بهداشت دستها قبل و بعد از پوشیدن دستکشهای استریل الزامی است.

1- Forceps

کادر ۶ـ۲۷. اصول اساسی ضد عفونی جراحی

● فقط یک شیء استریل می‌تواندبا وسیلهٔ استریل دیگری برخورد نماید. تماس یک جسم استریل با یک غیر استریل به این مفهوم می‌باشد که آلودگی رخ داده است.
● هنگام باز کردن بسته‌های استریل، برای جلوگیری از امکان لمس یک سطح استریل با لباس غیر استریل در ابتدا باید لایه دورتر از شخص باز شود. بخش بیرونی بسته استریل آلوده محسوب می‌گردد. نحوهٔ باز کردن یک بستهٔ استریل در مهارت ۲۷.۳ نشان داده و تشریح گردیده است.
● از ریختن هر محلولی روی یک پارچه یا کاغذ مورد استفاده به عنوان پوشش و زمینهٔ یک بسته استریل اجتناب نمایید. رطوبت از راه پارچه یا کاغذ استریل نفوذ کرده و ارگانیسم‌ها را به وسیلهٔ عمل موئینگی منتقل نموده و زمینه را آلوده می‌کند. یک زمینهٔ مرطوب اگر سطح زیرین آن استریل نباشد آلوده محسوب می‌گردد.
● اجسام استریل را بالاتر از سطح کمر نگه دارید. این امر سبب می‌گردد که اجسام با اطمینان در معرض دید قرار داشته و از آلودگی تصادفی آنها جلوگیری شود.
● از صحبت کردن، سرفه و فین نمودن یا خم شدن به روی، و چسبیدن به یک زمینه یا شیء استریل خودداری کنید. این مسئله از آلودگی با قطرات خارج شده از بینی و دهان، یا قطرات چکیده شده از زیر بغل و دست شخص پیشگیری می‌کند.
● هرگز در اطراف زمینهٔ استریل حرکت نکرده، دور آن نچرخیده، از آن دور نشوید و یا پشت خود را به آن ننمائید. رعایت این مسئله از آلودگی احتمالی ناحیه‌ای که دور از دیدش است پیشگیری می‌کند.
● کلیهٔ وسایلی که با پوست شکافته شده تماس می‌یابند، یا موادی که به دنبال تزریق به داخل پوست یا خطراتی در بدن که به طور طبیعی استریل هستند نفوذ می‌کنند باید استریل بمانند. این وسایل عبارتند از: پانسمانهای مورد استفاده برای پوشاندن زخم‌ها و برشها، سوزنهایی برای تزریق و لوله‌های (کاتترهای) مصرفی برای خارج ساختن ادرار از مثانه.
● در موارد ضروری از پنس‌های خشک استریل استفاده کنید. پنس‌هایی که در محلول ضد عفونی قرار می‌گیرند، استریل محسوب نمی‌گردند.
● لبهٔ خارجی یک زمینهٔ استریل را (تا فاصله یک اینچ بیرونی) آلوده در نظر بگیرید.
● چنانچه نسبت به استریل بودن یک شیء مشکوک هستید آن را آلوده بپندارید.

وضعیت دادن به یک پوشش استریل

پوشش استریل که به طور ایده‌ال ضد آب است، احتمالاً در حیطه‌های کاری استریل بطور گسترده‌ای به کار می‌روند. پرستار با استفاده از دستکش استریل مجاز به دست زدن به کل سطح پوشش می‌باشد. در موقع وضعیت دادن برای محافظت لبه‌های فوقانی پوشش باید روی دستهای حاوی دستکش استریل چین خورده و جمع شوند (شکل ۵ـ۲۷). پرستار در صورتی که دستکش استریل نپوشیده باشد فقط مجاز به لمس ۱ اینچ (۲/۵ سانتیمتر) سطح خارجی پوشش می‌باشد. در موقع تکان دادن پوشش به منظور باز کردن آن باید احتیاطهای لازم رعایت شود تا با لباس یا یک شیء غیر استریل برخورد نکند. پرستار با گرفتن ۱ اینچ لبهٔ فوقانی پوشش، آن را روی ناحیهٔ مورد نظر وضعیت می‌دهد. نباید روی پوشش خم شد زیرا به این ترتیب یک ناحیهٔ استریل آلوده خواهد گردید.

پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی

گاهی اوقات گروهی از بیماران خاص بنا به دلایل متعدد علی‌رغم بیشترین تلاشهای انجام شده دچار عفونتهایی می‌گردند که در موقع پذیرش وجود آنها را گزارش نکرده بودند. واژهٔ عفونت بیمارستانی[1] برای توصیف یک عفونت اکتسابی از بیمارستان به کار می‌رود. عفونت بیمارستانی در مفهوم گستردهٔ آن به معنای ابتلای بیمار به عفونت، با وجود دریافت مراقبت بهداشتی می‌باشد و ممکن است با منشأ داخلی یا خارجی باشد. هنگامی که ارگانیسم مسبب عفونت از سایر افراد اکتساب شود، تحت عنوان عفونت خارجی[2] نامیده می‌شود. یک عفونت با منشأ داخلی[3] از زندگی میکروبی در جایگاههای موجود در خود فرد نشأت می‌گیرد. وقتی که عفونتی در نتیجهٔ یک درمان یا روش تشخیصی پدید می‌آید، به عنوان ایاتروژنیک تلقی می‌شود. همهٔ عفونتهای بیمارستانی دارای یک ترکیب ایاتروژنیک نیستند.

پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی چالش بزرگی را برای ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی پدید آورده است. عفونتهای بیمارستانی سالانه تقریباً دو میلیون نفر را در ایالات متحده مبتلا می‌نماید. عفونتهای بیمارستانی با میزان ۹۰/۰۰۰ نفر مرگ و میر سالانه پنجمین علت منتهی به مرگ در مراکز مراقبتی حاد می‌باشد (استون، لارسون و کاواره،[4] ۲۰۰۲). هزینه‌های بیمارستانی مربوط به روزهای اضافی برای درمان یک عفونت بیمارستانی، بویژه جهت تلاشهای هماهنگ کننده برای کنترل هزینه‌های نردبانی (مارپیچی) مربوط به مراقبتهای بهداشتی گیج کننده است. بر اساس تجزیه و تحلیل آخرین پژوهش، هزینه عفونتهای بیمارستانی در سال ۲۰۰۱، ۵۱۷ بیلیون دلار برآورد شده است (استون و همکاران، ۲۰۰۲).

اخیراً مسائل مربوط به یک افزایش در عفونتهای بیمارستانی همراه بوده است. مسائلی از جمله میزان نسبت تعداد پرستار

1- Nosocomial infection
2- Exogenous
3- endogenous
4- stone, larson, kawar

فارغ‌التحصیل به بیمار، سطح تجربه پرستار فارغ‌التحصیل، و استفاده از کارکنان موقتی مطرح می‌باشد. در بسیاری موارد، پرستاران دارای بار کاری زیادی هستند و احساس می‌کنند که برای شستن کامل دستهایشان وقت ندارند. چنانچه پرستار جدید باشد، وی احساس می‌کند که در اظهارات بیمار غرق شده و انجام مناسب بهداشت دستها را فراموش می‌کند.

وسایل پزشکی تهاجمی

اکثر عفونتهای اکتسابی از بیمارستان توسط باکتریهایی چون اشرشیاکولی، استافیلوکوک طلایی[1]، استرپتوکوک فاکالیس[2]، سودوموناس غیر هوازی[3] و گونه‌های کلبسیلا[4] ایجاد می‌شوند. سه مورد از شایعترین منابع عفونتهای بیمارستانی عفونتهای ادراری، پنومونی و گردش خون هستند که می‌توانند توسط وسایلی از قبیل سوند ادراری یا کاتترهای عروقی ایجاد شوند. همچنین زخم‌های جراحی محلی معمول برای گسترش عفونتها می‌باشند.

به خانم استر بایلی ۷۲ ساله که جراحی شکم داشته و یک عفونت زخم را توسعه داده بود توجه نمائید. بیمار هم اکنون یک عفونت دارد به هر حال، ورود سوند، خطر ایجاد یک عفونت دیگر را که مستقیماً با کاربرد سوند مربوط می‌باشد را افزایش می‌دهد.

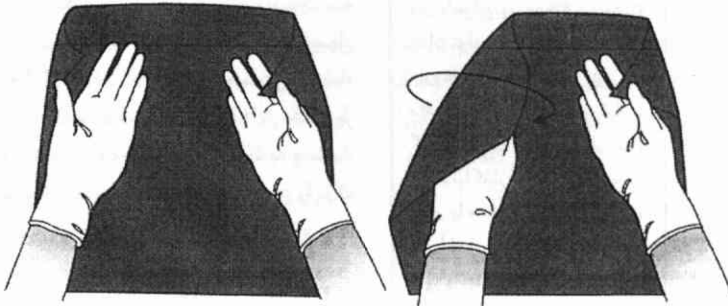
افزایش کاربرد تجهیزات پزشکی[5] به عنوان یک عامل ایجاد کننده ذکر می‌شود. علاوه بر سوندگذاری ادراری، سایر وسایل ایجاد کننده عفونت شامل خطوط کنترل همودینامیک، تجهیزات همودیالیز و وسایل تنفسی هستند. بیماران تحت تهویه مکانیکی خصوصاً در خطر ابتلا به پنومونی بیمارستانی قرار دارند. غالباً دستهای افراد شاغل در تیم مراقبت بهداشتی در هنگام استفاده از ابزار و آلات و تجهیزات مهمترین راه انتقال عوامل بیماریزا می‌باشند.

ارگانیسم‌های مقاوم به آنتی‌بیوتیک‌ها

این روزها مسئله‌ای قابل توجه و مضطرب کننده در مقابل توسعهٔ پاتوژنهای اکتسابی از بیمارستان مقاوم به آنتی‌بیوتیکها ادامه دارد. مصرف بی‌رویهٔ آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف سبب گسترش دفاع یک باکتری حساس در مقابل آنتی‌بیوتیک‌ها شده است. این نکته عامل عمده‌ای در ظهور ارگانیسم‌های مقاوم از قبیل استافیلوکوک طلایی مقاوم به متی‌سیلین (MRSA) گردیده است. زمانی که استافیلوکوک طلایی پس از اعمال جراحی یک علت شایع عفونتهای بیمارستانی مربوط به زخم و پوست شد، مقاومت نسبت به متی سیلین گسترش یافت و لذا وانکومایسین داروی انتخابی گردید. به هر حال، با هشت مورد گزارش در ایالات متحده که تا ژوئن ۲۰۰۲ داده شده، مقاومت بینابینی وانکومایسین نسبت به استافیلوکوک طلایی (VISA) پدیدار گردیده است (گولدریک[6]، ۲۰۰۲). همچنین همانطوری که اپیدمیولوژیست‌ها انتظار داشته‌اند، اولین مورد مقاومت کامل نسبت به وانکومایسین در ژوئن ۲۰۰۲ در ایالات متحده تشخیص داده شده است (باوئر[7]، ۲۰۰۲)به این ترتیب چالش سختی پدید آمده است، زیرا سایر آنتی‌بیوتیک‌ها که قادر به مقابله با این ارگانیسم‌ها هستند محدود شده‌اند.

انتروکوک مقاوم به وانکومایسین (VRE)[8] عامل بیماریزای جدی دیگری در بیمارستانها است. غالباً انتروکوک، گونه‌ای از استرپتوکوک است که در دستگاه گوارش طبیعی و دستگاه تناسلی زنان یافت می‌شود چنانچه این ارگانیسم به وانکومایسین مقاوم باشد می‌تواند عفونتهای بیمارستانی با یک میزان مرگ و میر بالا ایجاد نماید. درمان در ابتدا با پنی‌سیلین، امپی سیلین و بعدها با جنتامایسین انجام می‌گرفت، و سپس انتروکوک نسبت به هر دارویی مقاوم گردید در نتیجه پزشکان مجدداً وانکومایسین را به عنوان داروی انتخابی تجویز کردند. در هر صورت مقاومت توسعه یافته است. چندین داروی جدید مورد تحقیق قرار گرفته‌اند که احتمالاً جایگزینی برای درمان باکتریهای مقاوم به دارو می‌شوند. اخیراً ادارهٔ دارو و غذای آمریکا یک آنتی‌بیوتیک جدیدی تحت عنوان لاینزولید (زیووکس)[9] را تصویب نموده که بر علیه مهلک‌ترین میکروبهای انتروکوک مؤثر بوده و چنانچه ارگانیسم به وانکومایسین مقاوم باشد، امکان انتخاب دیگری را فراهم می‌سازد (ووتن و سالکیند[10]، ۲۰۰۳) لاینزولید داخل وریدی یا خوراکی تجویز می‌شود، گرانتر از وانکومایسین می‌باشد و در مواردی که سایر آنتی‌بیوتیکها در مقابل یک ارگانیسم خاص موثر باشند نباید از آن استفاده نمود. با یک کشت از زخم، خون یا سایر ترشحات بدن می‌توان ارگانیسم خاص موجود را شناسایی، و موثرترین آنتی‌بیوتیک بر علیه آن را با یک آزمایش حساسیت تعیین کرد.

1- staphylococcus aureus
2- streptococcus faecalis
3- pseudomonas aeruginosa
4- Klebsiella
5- Biomedical Equipment
6- Goldrick
7- Bauer
8- Vancomycin-resistant entero coccus (VRE)
9- linezolid (zyvox)
10- Wooten & salkind



شکل ۵ـ۲۷

راهبردهایی برای محافظت بیمار

پرستاران در موقعیتی منحصر به فرد برای پیشگیری از انتقال عفونتهای بیمارستانی قرار دارند. در اکثر موارد MRSA و VRE توسط دستهای ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی منتقل می‌شود. هر دو MRSA و VRE می‌توانند از طریق تماس بیمار با یک سطح آلوده، مثلاً نرده‌های کنار تخت و یا میز غذای کنار تخت انتشار یابند. ولی در هر صورت VRE، در محیط به مدت طولانی‌تر زنده می‌ماند و بنابراین نسبت به MRSA از راههای ذکر شده در فوق بیشتر می‌تواند انتشار یابد. بررسی و ارزشیابی دقیق بیماران و موقعیتهای پرخطر، توام با مشاهدهٔ دقیق روشهای گندزدایی طبی و جراحی، از جمله کاربرد موانع، عفونت را به حداقل رساند و از رنج غیر ضروری تحمیل شده به بیماران می‌کاهد. تشخیص‌های پرستاری مورد استفاده برای عمومیت دادن به مداخلات پرستاری مناسب تغییر مهمی را ایجاد نموده است.

موسسات مراقبت بهداشتی در یافته‌اند که انجام اقدامات زیر شیوع عفونتهای بیمارستانی را به طور موفقیت‌آمیزی کاهش داده‌اند:

- **برقراری نظارت مداوم توسط کمیته‌های کنترل عفونت و اپیدمیولوژیست‌های پرستار.** هنگامی که اقدامات کنترلی قاطعانه‌ای بر اساس یافته‌های آنان آغاز شود، نتایج کارشان می‌تواند عفونتها را به نحو بارزی کاهش دهد.
- **ابلاغ دستورالعمل‌های کتبی پیشگیری از عفونت برای کلیهٔ کارکنان موسسه.** با متابعت از قوانین مربوط به رعایت بهداشت دستها، موانع احتیاطی یا روشهای مجزاسازی، از بسیاری عفونتهای بیمارستانی می‌توان پیشگیری نمود.
- **بکار بستن اعمالی برای ارتقاء و حفظ بیماران در بهترین موقعیت فیزیکی ممکن.** این اقدامات شامل برآوردن نیازهای تغذیه‌ای، مایعات، استراحت، اکسیژن و راحتی جسمی و روانی و امنیت بیمار می‌گردد. بدنبال شیوع عفونتهای بیمارستانی، کنترل آن برای بیماران چه در بیمارستانها و محیط‌های مراقبتی طولانی‌مدت، پرهزینه، ناتوان‌کننده و با مشکلات مکرر توام است. اقدامات مربوط به کنترل عفونت زندگی‌ها را نجات می‌دهد و خطر انتقال عوامل بیماریزا را به بیماران و همین طور کارکنان کاهش می‌دهد.

کمیتهٔ پیوستن به استوارنامه‌های سازمانهای مراقبت بهداشتی (JCAHO)، با افزایش تمرکزشان روی ایمنی بیمار، اخیراً دستور داده است که مرگ یا آسیب‌های جدی ناشی از عفونت‌های بیمارستانی باید به JCAHO و همین طور کشیک حوادث گزارش می‌شود.

برآوردن نیازهای بیمارانی که به احتیاطهای کنترل عفونت احتیاج دارند

معمولاً عوارض روانی احتیاطهای جداسازی زیاد هستند، اعم از آنکه مددجو اکیداً از دیگران جدا شده باشد و یا فقط رعایت احتیاطهای نسبتاً ساده در مورد آنها ضرورت یابد (به کادر ضمیمه تحت عنوان «از دیدگاه یک دانشجو» مراجعه نمائید).

در احتیاطهای استاندارد جاری CDC که طی آن کلیهٔ افراد با یک روش مشابه درمان می‌گردند، تا حد زیادی ضربات روانی ناشی از احساس ناپاکی و نامطلوب بودن فرد به حداقل می‌رسد. به هر جهت با احتیاطهای مبتنی بر انتقال، محرومیت حسی و کاهش اعتماد به نفس ممکن است پدید آید. احتمالاً دوستان و اقوام، همین طور کارکنان مراقبت بهداشتی، بدلیل ترس از ابتلا به بیماری و یا به خاطر زحمات مربوط به مقابله با روشهای

احتیاطهای انتقال خاص تمایل به صرف وقت کمتری با مددجویان نشان می‌دهند. اقدامات پرستاری برای کمک به پیشگیری از محرومیت حسی و کاهش اعتماد به نفس در فصول ۳۰ و ۳۳ مورد بحث قرار گرفته است. ترس‌های بیماران و اعضاء خانواده‌شان را با آموزش بهداشت در مورد احتیاطهای مبتنی بر انتقال می‌توان تسهیل نمود. هر دو باید حقایق مربوط به وضعیت اپیدمیولوژیکی و چگونگی انجام احتیاطهای خاص را درک نمایند. تاکید نمودن روی موارد زیر مؤثر است:

- احتیاطها موقتی است.
- احتیاطها و تجهیزات حفاظتی که توسط کارکنان به کار گرفته و پوشیده می‌شود، بیمار، مراقبین و سایر بیماران را محافظت می‌کند.
- رعایت بهداشت مناسب دستها قبل و بعد از ملاقات با بیمار موثرترین اقدام برای پیشگیری از انتشار بیماری است.
- توضیحات مداوم در مورد روش‌ها و اخبار و اطلاعات جدید و مستمر درباره پیشرفت‌ها به کاهش اضطراب کمک می‌نماید.

پرستاران باید آموزش خود را در مورد احتیاطهای موانع‌سازی در طرح مراقبتی بیمار ثبت کنند. یک پرستار با سطح آگاهی خوب نحوهٔ محافظت از خود و بیماران را درک می‌نماید و بیماری هم که به خوبی آگاه شده باشد در نحوه مراقبت از خود و رعایت احتیاطهای مربوط به پیشگیری از سرایت بیماری همکاری فوق‌العاده‌ای نشان می‌دهد.

افزایش نگرانیهای اخلاقی در مورد خطرات عفونت

کنترل عفونت و احتیاطها خطرات عفونت را برای بیماران و همین‌طور کارکنان مراقبت بهداشتی به حداقل می‌رساند. افزایش تعداد افراد مبتلا به عفونتهای HIV، HBV، و HCV نگرانیهای اخلاقی جدی و اختلاف نظرهایی را در ارتباط با خطر انتقال این بیمار به بار آورده است. در این راستا حقوق بیمار و حقوق کارکنان تیم مراقبت بهداشتی و مؤسسه مراقبت بهداشتی باید در نظر گرفته و حفظ شود. بر همین اساس سؤالات زیر مورد بحث و گفتگو قرار می‌گیرند.

- آیا کلیهٔ بیماران بیمارستانها باید بطور منظم از نظر HIV آزمایش شوند؟
- آیا انجام آزمایش HIV جهت همهٔ کارکنان مراقبت بهداشتی بصورت یک حکم انجام می‌گیرد؟
- آیا کارکنان مراقبت بهداشتی آلوده با HIV مجاز به انجام و قرار گرفتن در معرض روشهای تهاجمی هستند.
- در موقع قرار گرفتن در معرض چه روشهایی باید مورد توجه قرار گیرند؟

از دید یک دانشجو

وی باهوش‌ترین دختری بود که من تاکنون شناخته بودم. او از زمان تولد با HIV آلوده شده بود. مادر وی مصرف کننده داروهای مخدر تزریقی بود و روابط جنسی محافظت شده متعدد با افراد مختلف برقرار نموده بود. این دختر کوچک بی گناه و شاداب که با چهره‌ای تازه و سرشار از عشق بی‌ریا قدم به این دنیا گذارده بود نمی‌توانست راه برود، صحبت کند، بجود، ادرار یا مدفوعش را کنترل کند، اما می‌توانست لبخند بزند! من در آغاز از احتمال ابتلا به ایدز بسیار ترسیده بودم و نمی‌توانستم بدون ماسک، گان، دستکش، عینک‌های محافظ چشمی، و اساساً یک سری وسایل حفاظتی کامل بدنی در داخل اتاق وی راه بروم. در پایان، من خواستم که او را به داخل خانه‌ام برده و همهٔ عشق، حمایت و مراقبت مورد نیاز او را در اختیارش قرار دهم. من نمی‌گویم که من در موقع تعویض کهنه‌های وی و یا در هنگا انجام هپارین لاک در محل تزریق وی دستکش نمی‌پوشیدم، زیرا که من خیلی دقیق بودم. اما من توجه داشتم که او یک انسان است. انسانی سرشار از احساسات. فردی که به من نیاز داشت و من می‌توانستم از او یاد بگیرم. دقیقاً افراد مبتلا به ایدز چنین افرادی هستند. ما لازم است که یاد بگیریم چطور از آنها مراقبت نمائیم. همچنین من یاد گرفتم که از افراد مبتلا به عفونت HIV یا ایدز نترسم. من می‌دانم که باید احتیاط‌های ایمنی مناسب را در رابطه با این فرد بکار بندم. من می‌دانستم که احتیاط‌های ایمنی مناسب را در رابطه با این فرد انجام خواهم داد. این ترس من از این فرد، یا حتی پیرمردی که هرگز ایدز نداشته و جزو این گروه نبوده، نوعی زیرکی است. چرا که اگر من حتی یک روز احتیاط‌های لازم را به کار نبرم، امکان دارد از طریق برخورد با افرادی که از این گروه هم نیستند آلوده شوم. در صورتی که چنین مسئله‌ای برای من رخ دهد، امیدوارم که پرستار من به عنوان یک فرد واقعی و نه با هراس و دلهره با من برخورد نموده و مرا درمان کند.

کارمی ان سودر(۱) دانشگاه جورجی تان(۲)

- آیا مؤسسات مراقبت بهداشتی که به مستخدمین HIV مثبت خود اجازه مراقبت از بیماران را می‌دهند، مسئول شناخته می‌شوند.
- آیا از ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی حامله انتظار مراقبت از بیماران مبتلا به بیماریهای عفونی می‌رود؟

CDC و گروههای پزشکی و پرستاری مختلف بر اساس اطلاعات علمی و شواهد آماری معتبر برای رسیدن به توافقات و نتایجی روی این فرضیات در حال تلاشند. گرچه CDC

1- Karmi N. soder   2- George town university

دستورالعمل‌های مرتبط با این عناوین را منتشر نموده است ولیکن همهٔ ایالتها این راهنماها را نپذیرفته‌اند. از طرفی، برخی ایالتها آنها را بازنگری نموده‌اند. به هر حال همگی روی این نکته اتفاق نظر دارند که کارکنان مراقبت بهداشتی باید وجداناً احتیاطهای کنترل عفونت مناسب را رعایت نمایند و جدی بگیرند تا بتوانند خطر عفونت را برای بیماران و خودشان کاهش دهند.

گزارش روبه‌رویی اتفاقی

پرستاران مسئول ایمنی خودشان هستند. هرگونه آسیب ناشی از فرورفتن سوزن یا روبه‌رویی اتفاقی با خون یا مایعات بدن باید فوراً گزارش شود تا این که بتوان مداخلات مناسب را به کار برد. نارسایی در گزارش دادن از سوی یک پرسنل مبنی بر روبه‌رویی اتفاقی، منجربه مخاطرهٔ فردی شده و همین‌طور اگر عفونتی گسترش یابد، در جبران آن کاستی ایجاد می‌شود. مشخصاً برنامهٔ یک موسسه برای این نوع روبه‌رویی شامل موارد زیر است:

- فوراً ناحیه‌ای راکه در معرض خون یا مایعات بدن قرار گرفته را با آب و صابون بشوئید.
- اتفاق پدید آمده را به فرد مناسبی گزارش نموده و گزارش مربوط به یک حادثه یا آسیب را توسط مؤسسه در صورت لزوم تکمیل نمائید.
- مؤسسه را از منبع (نام بیمار) و ماهیت در معرض واقع شدن آگاه سازید.
- برای تعیین وضعیت HIV و HBV فردی، در صورت توافق برای انجام یک آزمایش پایه اقدام نمائید. آزمایش خون را به فواصل ۶ هفته بعد از تماس، و در ۳ ماه، ۶ ماه و ۱ سال بعد تکرار نمائید.
- اقدام پیشگیری کننده لازم را طبق توصیه پزشک در زمان مناسب انجام دهید.
- زمان انتظار لازم برای گرفتن نتایج آزمایشات خون را به بیمار درگیر (با کسب رضایت از وی) از نظر HIV و HBV اعلام نمائید. قوانین ایالتی مربوط به این اقدام متفاوت می‌باشد. احتمالاً برخی سازمانها از نظر HCV نیز آزمایش می‌کنند.
- برای برقراری جلسات مشاوره در رابطه با اقدامات ایمن جهت حفاظت خود و دیگران اقدام نمائید.

استفاده از پرستار کنترل عفونت

پرستار کنترل عفونت در بیمارستان مسئول آموزش بیماران و کارکنان در مورد روشهای کنترل عفونت مؤثر و جمع‌آوری ارقام و آمار مربوط به عفونتها می‌باشد. بسیاری از بیمارستانها روی این متخصصین ویژه برای بررسی نتایج آزمایشگاهی و مرور گزارشات مربوط به بیماران در خطر، همین طور تعیین راهها و وسایلی برای مقابله با موقعیتهای بالقوه خطرناک، تکیه دارند. راهبردهای پژوهشی اکید، محیط مثبتی را برای کاهش بارز شیوع عفونتهای بیمارستانی در جایگاههای مراقبت بهداشتی پدید آورده است. پرستار کنترل عفونت از اثرات ویرانگر عفونت آگاه است و مشتاق ارتقاء سلامت و تقویت یک روش منظم برای کنترل عفونت می‌باشد.

وظایف پرستار کنترل عفونت در منزل عبات از نظارت و سرپرستی برای عفونتهای مربوط به مؤسسه، آموزش، مشاوره، تحقیقات اپیدمیولوژیکی، فعالیتهایی در زمینه توسعه کیفیت و گسترش خط مشی‌ها و روشها می‌باشد. طبق قوانین OSHA مؤسسات مراقبت در منزل باید دارای یک برنامه کنترل عفونت باشند و همین‌طور استانداردهای کنترل عفونت و سیاستهای OSHA در دسترس کلیهٔ کارکنان جهت رجوع به آن قرار گیرد.

آموزش در مورد کنترل عفونت

آموزش در مورد ضد عفونی طبی و کنترل عفونت یکی از مسئولیتهای مبارزه طلبانهٔ پرستاری است. بیماران به آگاهی از روشهای پیشگیری از انتشار عفونت نیاز دارند. کاربرد فرآیند پرستاری در کنترل عفونت بیمار و پرستار هر دو را محافظت می‌نماید.

روشهای ضد عفونی طبی برای اکثر روشها در منزل مناسب است، به استثناء روش تزریق به خود و مراقبت از کاتترهای وریدی، که لازمهٔ آن روش ضد عفونی جراحی است. بیمار باید همواره با منابع و تجهیزات موجود جهت استفاده‌اش تطابق یافته و خود را وفق دهد. پرستار روی بهداشت مؤثر دست و سایر اعمال بهداشتی که زنجیرهٔ عفونت را می‌گسلد تاکید می‌کند. بسیاری از مؤسسات مراقبت در منزل به منظور رضایتمندی از ایمنی حرفه‌ای و نیازهای مدیریت بهداشتی (OSHA)، دارای متخصصین کنترل عفونت پاره‌وقت تا تمام‌وقت هستند.

اصول اساسی ضدعفونی در منزل و در محیطهای عمومی باید به بیماران آموخته شود. این موارد فعالیتهای روزمره زندگی را در بر می‌گیرد (برای بحث پیرامون بهداشت فردی به فصل ۳۷ مراجعه کنید).

موارد زیر نمونه‌هایی از اعمال ضد عفونی طبی است که در منزل توصیه می‌شود:

- دستها را قبل و بعد از آماده شدن برای صرف غذا بشوئید.
- غذاها را برای اطمینان از ایمنی آنها هنگام خوردن با درجه حرارت بالا آماده کنید. معمولترین مثال در این رابطه نحوهٔ آماده ساختن گوشت خوک تازه است.

● در موقع استفاده از ابزار و آلات برنده مراقبت‌های لازم را رعایت نموده و قبل و بعد از دست زدن به گوشت‌های خام و نپخته دستها را بشوئید.
● غذاها، بویژه آنهایی که حاوی چاشنی هستند را در یخچال نگهداری نمائید.
● میوه و سبزیجات خام را قبل از مصرف بشوئید.
● شیر و آب میوه‌های پاستوریزه مصرف کنید.
● دستها را بعد از استفاده از حمام بشوئید.
● لوازم مراقبتی شخصی چون وسایل شستن لباسها، حوله و مسواک را بطور فردی بکار ببرید، و هرگز بطور مشترک استفاده نکنید.

به عقب برگردید و در مورد گیستل تورهیس، خانم مبتلا به لوسمی و با یک دستگاه ایمنی به مخاطره افتاده تفکر نمائید. پرستار در هنگام آموزش به بیمار در مورد اقدامات پیشگیری کننده از عفونت، با کاربرد مناسب اعمالی در منزل جهت کاهش خطر عفونت برای بیمار تأکید می‌ورزد.

در اماکن عمومی با استفاده از دستورالعمل‌های زیر از ایجاد عفونت پیشگیری کنید:
● دستها را پس از استفاده از هر گونه توالت یا حمام عمومی بشوئید.
● در توالت‌ها و دستشویی‌ها از دستمال کاغذی یا خشک کن‌های هوای گرم استفاده نمائید.
● نی‌های آشامیدنی پوشش دار را بطور انفرادی مصرف کنید.
● در کافه تریاها، اغذیه فروشی‌ها و فروشگاههای مواد غذایی برای برداشتن غذا از سینی و ابزارهای مخصوص توزیع غذا استفاده کنید.

جامعه را از طریق روشهای مختلف زیر با انجام اعمال ضد عفونی طبی محافظت نمائید:
● در سلمانی و آرایشگاهها از شانه و برس‌های استریل شده استفاده کنید.
● کسانی که با مواد غذایی سروکار دارند را از نظر علائم و شواهد بیماری معاینه و بررسی کنید.
● افرادی که با مواد غذایی سروکار دارند را برای دریافت واکسن هپاتیت A تشویق نمائید.
● به افرادی که با مواد غذایی سر و کار دارند، شستن مکرر دستها را توصیه کنید.

ارزشیابی

پرستاران بعنوان مراقبین اولیه می‌توانند مداخله نموده و تاثیر مثبتی روی برآیند یک بیمار بگذارند. پرستار با بررسی فرد در خطر، انتخاب تشخیص‌های پرستاری مناسب، برنامه ریزی و مداخله در جهت حفظ محیط امن، احتمال ایجاد و توسعه یک عفونت را در بیمار کاهش می‌دهد. این نکته که آیا نیاز ایمنی فرد بطور مؤثری برآورده شده یا نه، با ارزشیابی طرح مراقبتی تعیین می‌گردد. لذا برای پرستار اینکه جهت حفظ محیطی امن برای مددجویانشان و همین طور یک محل کاری مطمئن برای خودشان سخت تلاش می‌کنند، ارزشیابی منظم امری حیاتی است. چنانچه اهداف مددجو برآورده شده و معیار ارزشیابی رضایت‌بخش است، مددجو قادر به انجام موارد زیر خواهد بود:
● روشهای ضدعفونی طبی را بطور صحیح بکار می‌برد.
● عادات بهداشتی و الگوهای موجود در روش زندگی که ارتقاء دهنده سلامتی هستند را تعیین می‌کند.
● علائم و نشانه‌های عفونت را بیان می‌کند.
● موقعیتهای ناامن و محیط خانه را تعیین می‌کند.

■ توسعه مهارتهای تفکر انتقادی

۱ـ پرستاری با این که نمی‌تواند کمکی انجام دهد ولی متوجه می‌شود، جراح خاصی در حالی که بیماران را ویزیت می‌کند، اصول ضد عفونی (گندزدایی) را نادیده می‌گیرد. وی از یک بیمار به سوی بیمار دیگر رفته، و پانسمان آنها را بدون شستن دستهایش در بین ویزیتها لمس می‌کند. وی اعمال مربوط به روشهای استریل را نیز بطور متناقض انجام می‌دهد. شما حدس می‌زنید که شیوع عفونت بعد از عمل در بین بیماران وی بالا باشد. شما چه اقدامی انجام می‌دهید؟

۲ـ یکی از دوستان دانشجوی پرستاری شما همواره در هنگام انجام هر کاری برای بیماران دستکش می‌پوشد. شما در مصرف دستکشها انتخاب بیشتری دارید. او به شما می‌گوید: «حماقت می‌کنی که مکرراً دستکش‌های خود را تعویض نمی‌کنی، چرا که تو چه می‌دانی که چه چیزهایی ممکن است با خودت به خانه ببری.» آیا این مسئله باید یک ترجیح شخصی باشد؟ مربیان شما در رابطه با پاسخگویی به سؤال فوق چگونه پافشاری می‌کنند؟

■ تمرین برای NCLEX

۱- کوچکترین عامل عفونت‌زایی که قادر به ایجاد یک عفونت می‌باشد عبارتست از:

الف) باکتری‌ها ب) ویروس‌ها
ج) کپک‌ها د) مخمرها

۲- بیمار شما دچار یک تب خفیف شده و اظهار می‌نماید که بسیار احساس خستگی و کسالت می‌نماید. این مرحله از عفونت چه نامیده می‌شود؟

الف) دورهٔ کمون ب) مرحله قبل از بروز علائم
ج) مرحله کامل شدن بیماری د) دوره نقاهت

۳- بالاترین میزان مرگ وسیر مربوط به عفونتهای بیمارستانی شامل کدام مورد زیر می‌گردد؟

الف) دستگاه تنفس ب) پوست و مخاط
ج) دستگاه ادراری د) روده‌ها

۴- بیماری بعد از گذاردن یک سوند ادراری دچار عفونت ادراری گردیده است. این عفونت تحت چه عنوانی نامگذاری می‌شود؟

الف) یک عفونت ویروسی ب) یک عفونت ایاتروژنیک
ج) یک عفونت مزمن د) یک عفونت فرصت‌طلب

۵- پرستاری وسایل استریل را باز کرده و دو دستکش استریل برای تعویض یک پانسمان استریل پوشیده است. پرستار برای رعایت ضدعفونی جراحی لازم است:

الف) ترشحات روی زمینهٔ استریل را در حداقل ممکن حفظ کند.
ب) اگر عطسه‌اش گرفت، جلوی دهان و بینی را با دستهای دستکش پوشیده می‌پوشاند.
ج) دست غالب را برای تمیز کردن برش با یک اسفنج آغشته با سالین مرطوب می‌کند و سپس پانسمان خشک را روی آن می‌گذارد.
د) توجه می‌نماید که ۱ اینچ بیرون از زمینه استریل آلوده می‌باشد.

۶- رعایت احتیاط‌های استاندارد CDC برای کدام مورد زیر توصیه می‌گردد؟

الف) فقط یک بیمار با عفونتهای تشخیص داده شده
ب) فقط خون و مایعات بدن یا خون قابل مشاهده
ج) کلیه مایعات بدن از جمله عرق
د) کلیه بیمارانی که مراقبت را در بیمارستان دریافت می‌کنند.

۷- پرستاری که از یک بیمار مبتلا به سرخجه مراقبت می‌کند، علاوه بر احتیاط‌های استاندارد کدام مورد زیر را هم در برنامه اجرا خواهد کرد؟

الف) احتیاط‌های قطرات ترشحی
ب) احتیاط‌های مربوط به بیماریهای منتقله از راه هوایی
ج) احتیاط‌های تماسی
د) احتیاط‌های عمومی

۸- پرستار در هنگام مراقبت از یک بیمار مبتلا به حساسیت (لاتکس) از چه طریقی محیطی ایمن از لاتکس ایجاد می‌کند؟

الف) تمیز کردن دقیق چسب روی کاف فشار خون قبل از استفاده از آن
ب) پوشیدن دستکشهای لاتکس در خارج از اتاق برای محدود کردن انتشار پودر
ج) کاربرد یک پروتکل دارویی عاری از لاتکس
د) قراردادن بیمار در اتاق نیمه خصوصی

۹- دستورالعمل‌هایی برای رعایت حداقل استانداردهای حفاظتی جهت پیشگیری و کنترل عفونت در آغاز توسط کدام مورد زیر توسعه یافت؟

الف) OSHA
ب) محیط‌های مراقبت بهداشتی فردی
ج) هیئت حاکمهٔ ایالتی
د) CDC

۱۰- هنگامی که پرستار وسایل حفاظتی شخصی کثیف را درمی‌آورد، در موقع آماده شدن برای ترک اتاق بیمار، و درآوردن آنها، کدامیک از توصیه‌های زیر را باید رعایت کند؟

الف) گان، عینک محافظ، ماسک و دستکشها را بیرون اتاق درآورد.
ب) دستکشها را درآورد، دستها را بشوید، گان، ماسک و عینک محافظ را درآورد.
ج) دستکشها را درآورد، سپس ماسک، گان و عینک محافظ را درآورد و دستها را بشوید.
د) عینک، ماسک، دستکشها و گان را درآورد و سپس دستهایش را بشوید.

۱۱- برای یک پرستار در موقعیت‌های عادی که دستها آلوده می‌باشد، برای رعایت موثر بهداشت دستها در بین بیماران کدام نکته باید رعایت شود؟

الف) حداقل ۱۵-۱۰ ثانیه با صابون ساده و آب دستها را مالش داده و شستشو دهد.

ب) حداقل به مدت ۲۳ دقیقه با یک صابون ضد میکروبی دستها را مالش دهد.

ج) از یک ماده ضد عفونی کننده با پایه الکلی برای مالش دستها استفاده نماید.

د) در موقع مالش دادن و شستشوی دستها یک ماسک بپوشد.

۱۲- کدام بیمار بستری زیر در خطر توسعه یک عفونت بیمارستانی می‌باشد؟

الف) آقای و، ۶۰ ساله که روزانه ۲ پاکت سیگار می‌کشد.

ب) خانم ژ، یک بیمار ۴۰ ساله که شمارش گلبولهای سفید او ۶۰۰۰ در میلی متر مکعب است.

ج) آقای ل، ۶۵ ساله، بیماری که دارای یک سوند ادراری به جاماندنی است.

د) خانم م، یک بیمار ۶۰ ساله که گیاهخوار است و کمی وزن پایین دارد.

۱۳- یک بیمار دچار مسمومیت غذایی ناشی از سالاد سیب‌زمینی آلوده شده است. راه انتقال برای ارگانیسم عفونی کدام است؟

الف) تماس مستقیم ب) حامل
ج) ناقل د) راه هوایی

۱۴- یک پرستار در حال مراقبت از یک بیمار ۶۲ ساله سالمند مبتلا به آرتریت است که دچار قرمزی روی ناحیهٔ خاجی‌اش شده است. در مورد وی کدام تشخیص پرستاری از اولویت برخوردار است؟

الف) تغییر در وضعیت تغذیه، بیشتر از نیازهای بدن در ارتباط با بی حرکتی

ب) اختلال در تحرک جسمی در ارتباط با درد و ناراحتی

ج) درد مزمن در ارتباط با بیحرکتی

د) خطر عفونت در ارتباط با تغییر در تمامیت پوست

۱۵- پرستار به بیماری که در منزل در مورد کاربرد روش تمیز در هنگام تعویض یک پانسمان زخم آموزش می‌دهد باید روی کدام نکته تاکید کند؟

الف) ترجیح پرستار ب) ایمنی برای محیط خانه
ج) رفتار غیر طبیعی د) غفلت فاحش

■ پاسخنامه همراه با دلیل

۱- پاسخ صحیح گزینهٔ «ب» است. یک ویروس کوچکترین میکروارگانیسم‌ها می‌باشد و فقط می‌تواندبا یک میکروسکوپ خاص دیده شود. کپک‌ها و مخمرها (قارچها) و باکتری از عوامل عفونت زای بزرگتر هستند.

۲- پاسخ صحیح گزینهٔ «ب» است. فرد در مرحله قبل از بروز علائم و نشانه‌های مبهم از قبیل خستگی و تب خفیف می‌باشد. هیچگونه علائم آشکاری از عفونت در طی دوره کمون وجود ندارد و علائم اختصاصی‌تر در طی مرحلهٔ کامل شدن بیماری قبل از ناپدید شدن آنها تا قبل از دوره نقاهت پدید می‌آید.

۳- پاسخ صحیح گزینهٔ «الف» است. عفونتهای ادراری و زخم‌های جراحی شایعترین محل‌ها برای توسعه عفونتهای بیمارستانی است. اما بالاترین میزان مرگ و میر با عفونتهایی که دستگاه تنفس را درگیر می‌کند در ارتباط می‌باشد. خصوصاً روده‌ها مستعد عفونتهای بیمارستانی نیستند.

۴- پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است. عفونتی که در نتیجه واردنمودن یک سوند ادراری ایجاد می‌شود، ایاتروژنیک نامیده می‌شود. از آنجایی که این عفونت کاملاً توسعه نیافته بود، مزمن نیست، بلکه بدلیل هرگونه تغییری در وضعیت فیزیولوژی که ممکن است فرصتی را برای ایجاد عفونت در اختیار یک ارگانیسم قرار دهد، پدید آمده بود. عفونتهای ادراری، باکتریایی و نه ویروسی هستند.

۵- پاسخ صحیح گزینهٔ «د» است. یکی از اصول ضد عفونی جراحی، توجه به این نکته است که ۱ اینچ خارج از زمینه استریل آلوده محسوب می‌گردد. رطوبت زمینهٔ استریل را آلوده می‌سازد، و عطسه کردن دستکشهای استریل را آلوده خواهد نمود. دست استریلی که یک زخم را تمیز نمی‌کند نباید بکار رود و یا باید قبل از کاربرد یک پانسمان استریل دستکش پوشیده شود.

۶- پاسخ صحیح گزینهٔ «د» است. برای کلیه بیمارانی که در بیمارستان مراقبت می‌شوند، احتیاط‌های استاندارد صرف نظر از تشخیصشان با احتمال بروز وضعیت‌های عفونی بکار می‌رود. این توصیه‌ها شامل خون، کل مایعات بدن، تراوشات و ترشحات به استثناء عرق، پوست سالم و غشاءهای مخاطی می‌شود.

۷- پاسخ صحیح گزینهٔ «الف» است. سرخجه بیماری است که توسط قطرات و ذرات بزرگ تنفسی منتقل می‌شود که علاوه بر احتیاط‌های استاندارد به احتیاط‌های مربوط به قطرات تنفسی نیاز دارند. احتیاط‌های مربوط به انتقال از هوا جهت بیمارانی که عفونتهایی دارند که از طریق ذرات کوچک معلق در هوا انتشار می‌یابد مثل سل، آبله مرغان و شبه سرخک بکار می‌رود. احتیاط‌های عمومی و جداسازی ترشحات بدن با توصیه‌های مربوط به احتیاط‌های استاندارد جدید CDC آمیخته می‌شود.

۸- پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است. در هنگام ایجاد یک محیط ایمن برای این بیمار، یک پروتکل دارویی عاری از لاتکس یک بخش حیاتی است. چسب روی کاف فشار خون از جنس لاتکس است و نباید لمس شود و یا روی سطح بدن بیمار بکار رود.

دستکشهای جنس لاتکس نمی‌توانـد پـاسخ حساسیتی جـدی ایجاد کند. فقط دستکشهای صناعی مجاز است که در یک محیط عاری از لاتکس مصرف شوند. یک اتاق خصوصی بهترین راه به حداقل رساندن امکان قرار گرفتن در معرض لاتکس مربوط به برخی چیزهای مصرفی جنس لاتکس برای سایر بیماران می‌باشد.

۹ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «د» است. CDC برای پیشگیری و کنترل عفونت حداقل نیازهای اولیه را برقرار کرده است. OSHA قوانینی را به منظور کاربرد احتیاطهای استاندارد در موقعیت‌ها و محیطهایی که احتمال در معرض خون و سایر مواد عفونی وجود دارد را صادر و کنترل نموده است.

۱۰ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است. همیشه در ابتدا دستکشها درآورده شده زیرا که به احتمال زیاد آنها آلوده شده‌اند و دستها بعد از این که تجهیزات خارج شوند و قبل از ترک اتاق شسته می‌شوند.

۱۱ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است. دستها که دارای کثافات قابل مشاهده نیستند را می‌توان بطور مؤثری با یک مادهٔ با پایهٔ الکلی ماساژ داده و ضد عفونی نمود. در این موقعیت نه تنها به یک ماسک، بلکه به یک مادهٔ ضد میکروبی هم مورد نیاز است. دستهایی که دارای کثافات قابل مشاهده هستند به یک شستشو، هم با صابون غیر باکتریایی و هم یک صابون ضد میکروبی و آب نیاز می‌باشد.

۱۲ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است. در اکثریت موارد گذاردن سوند ادراری باعث ایجاد عفونتهای بیمارستانی می‌گردد. سیگار کشیدن، شمارش طبیعی گلبولهای سفید و یک رژیم گیاهخواری عوامل خطرزا برای عفونت نیستند.

۱۳ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است. غذای آلوده ناقلی برای انتقال یک عفونت است. تماس مستقیم به میزبان مستعد و یک فرد عفونی نیاز دارد.

۱۴ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «د» است. در این موقعیت تشخیصی که از اولویت برخوردار می‌باشد، عبارتست از احتمال توسعه عفونت در ناحیه پوست باز می‌باشد. سایر تشخیص‌های بالقوه یا احتمالی برای این بیمار نیز ممکن است نیاز به مداخلات پرستاری بعد از اولین تشخیص داشته باشد.

۱۵ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ب» است. در محیط منزل، جایی که محیط بیمار تحت کنترل بیشتری است، معمولاً گندزدایی طبی به استثناء مورد تزریق به خود توصیه می‌شود. این روش برای محیط منزل مناسب و غیر اخلاقی یا غفلت فاحش نمی‌باشد.

فصل ۳۷

تأمین سلامت

صدیقه جعفری



کی لای سیمسون (kylie simpson) در سن مدرسه است و با شپش سر به درمانگاه آورده شده. پدرش می‌گوید من گیج و شرمنده‌ام ما کثیف نیستیم، چه اتفاقی افتاده؟



سونیا دلامورد زن اسپانیایی مسنی است که حمله مغزی کـرده و سمت راست وی فلج شده است. از بیمارستان ترخیص شده و بـا دخترش زندگی می‌کند و مراقـبت اولیـه از او را بـه عـهده دارد و مشتاق یادگیری مراقبت از مادرش هست و در مـورد بـهترین راه مراقبت و تمیز کردن مادرش می‌پرسد.



اندرو کی ریج، ۶۸ ساله با تشخیص متعدد و محدودیت حرکت و در مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می‌کند. او به کـمک و مـراقـبت صبحگاهی نیاز دارد. او به پرستار می‌گوید که آماده گرفتن یک حمام کامل است.

❖ تمرکز بر روی مهارتهای تلفیقی

انواع مهارتهای تلفیقی که برای پاسخ به سناریوهای فوق نیاز دارید شامل موارد زیر است:

مهارتهای شناختی

- دانش اساسی دربارهٔ بهداشت، اقدامات بهداشتی و مواد و وسایلی که مراقبت را آسان می‌کند.
- آگاهی در مورد مسایل مشترک پوست و غشاء مخاطی و چگونگی درمان آن
- آگاهی از تأثیر گوناگون اختلالات بر روی توانایی بیماران در انجام اقدامات بهداشتی
- آگاهی از عوامل پیشرفت و فرهنگ مؤثر بر عملکردهای بهداشتی
- توانایی تعیین بیمارانی که کمبود مراقبت از خود در رابطه با بهداشت و توسعه و اجرای برنامه‌های مناسب برای عنوان این کمبودها را دارند.

مهارتهای فنی

- توانایی در تهیه و تدارک کمک فنی پرستاری جهت برآوردن نیازهای بهداشتی بیماران
- نمایش توانایی اقدامات اساسی بهداشتی
- توانایی برای استفاده از مواد و وسایل بطرز صحیح جهت براورده کردن نیازهای بهداشتی بیماران در سنین مختلف
- توانایی برای تطبیق اقدامات بهداشتی به منظور نیازهای مختلف بیماران در مراحل مختلف رشد مانند سن مدرسه، سالمندی با فلج سمت راست و یا محدودیت حرکت و اختلالات متعدد زندگی درمرکز مراقبت طولانی‌مدت.

مهارتهای بین فردی

- توانایی فردی نیرومند، شامل توانایی برقراری ارتباط و تعامل مؤثر با بیماران و مراقبت دهندگان به هنگام کمک در اقدامات بهداشتی.
- توانایی برای تعامل مؤثر و همکاری با سایر اعضای تیم بهداشتی به منظور برآورده کردن نیازهای بهداشتی بیماران
- توانایی برای استفاده از صرف وقت جهت برقراری ارتباط با بیماران به هنگام کمک در اقدامات بهداشتی به منظور رفاه و سلامتی آنها
- توانای جهت تشویق بیماران و مراقبت دهندگان آنها برای یادگیری اقدامات جدید مراقبت از خود در رابطه با بهداشت در یک مؤسسه آموزشی
- توضیح آگاهی در رابطه با محدودیتهای فردی و زمانی که نیاز دارد با خوشحالی کمک طلب نماید
- توانایی توضیح برای احترام به شخصیت انسانی و شناخت فرد که آیا کودک در سن مدرسه است یا زن مسن با فلج یک طرف راست است که ترخیص می‌یابد و یا مرد مسنی است که در مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می‌کند.

مهارتهای اخلاقی /قانونی

- احساس مسئولیت قوی جهت سلامت و رفاه بیماران (مانند بیماری که به تازگی مبتلا به فلج سمت راست شده و بیماری که در مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می‌کند) که برای برطرف نمودن نیاز آنها در محدوده مسئولیتهای پرستاری و منابع قابل دسترس ارجاع داده شوند.
- توانایی برای آگاهی کامل از اصول اخلاقی و قانونی مراقبت اساسی بهداشتی، شامل آموزش به دختر بیمار در مورد مراقبت در منزل
- رضایت گرفتن از فرد برای قبول مسئولیت ایمنی و مراقبت با کیفیت بالا جهت بیماران در مراحل مختلف رشد با مسائل متفاوت بهداشتی و یک رضایت برای به عهده گرفتن مسئولیت موسسه جهت سلامت و عملکرد با کیفیت بالا مانند زندگی سالمندان در مرکز مراقبت طولانی مدت
- ارجاع جهت اقدامات مراقبت پرستاری در کلینیکها با استانداردهای مراقبتی و محدوده عملکرد پرستاری
- توانایی برای مستند نمودن مشکلات بهداشتی و مسئولیت پرستاری بر طبق قانون مؤسسه

❖ برآیندهای یادگیری

پس از پایان فصل، یادگیرنده باید قادر به اجرای موارد زیر باشد:

۱ـ پنج عملکرد پوست، سه عامل مؤثربر وضعیت پوست و چهار اصول اساسی در راهنمای مراقبت از پوست را لیست نماید.

۲ـ عوامل مؤثر بر وضعیت پوست و بهداشت فردی را تعیین نماید.

۳ـ پوشش طبیعی بدن و رفتارهای مراقبت از خود بهداشتی را بررسی نماید و مهارتهای بررسی جسمی و مصاحبه مناسب را به کار گیرد.

۴ـ تشخیص‌های پرستاری را در رابطه با کمبود اقدامات بهداشتی توسعه دهد.

۵ـ طرح مراقبت پرستاری مقدماتی را مانند مراقبت صبح زود، مراقبت صبحگاهی، بعد از ظهر و شب را توصیف نماید.

۶ـ حداقل چهار دلیل را برای ماساژ پشت در مراقبت پرستاری روزانه تعیین نماید.
۷ـ روشهای کمک به بیماران را د راقدامات بهداشتی توضیح دهد مانند تجویز انواع استحمامها و استفاده در نظافت هر قسمت از بدن
۸ـ کاربرد داروهای شایع در پوست و پوست سر را با احتیاطهای لازم در به کارگیری آنها، توصیف نماید.
۹ـ مراقبت پرستاری در مورد مشکلات مشترک پوست و غشاء مخاطی را برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی نماید.

واژه‌های کلیدی

● آلوپسی: ریزش مو یا کچلی	alopecia	● پوشش طبیعی بدن	integument
● پوسیدگی	caries	● نکروز	necrosis
● واکس گوش	cerumen	● شپش	pediculosis (lice)
● درم	dermis	● پلاک	plaque
● اپیدرم	epidermis	● پیوره	pyorrhea
● التهاب لثه	gingivitis	● غدد سباسه (چربی)	sebaceous glands
● بوی بد دهان	halitosis	● تارتار (درد دندان)	tartar

فیزیولوژی پوست و ضمائم آن

پوشش طبیعی بدن به پوست مربوط می‌شود. دستگاه پوشش طبیعی بدن از پوست، لایه زیر جلدی که مستقیماً زیر پوست است و ضمائم پوست ساخته شده که شامل مو، غدد داخل پوست و ناخن‌ها است. پوست یکی از اعضای حیاتی بدن و جهت برقراری و حفظ زندگی است.

پوست دو لایه دارد، قسمتی سطحی، اپیدرم که از لایه‌های سلولهای پوششی ساخته شده است این سلولها محافظ و از ضد آب و ماده کراتین تشکیل شده است. سلولهای پوششی عروق خونی ندارند و وابسته به بافت زیرین خود برای تغذیه و عمل دفع می‌باشند. زمانی که خوب تغذیه می‌شود، لایه پوششی خیلی سریع و به آسانی ترمیم می‌شود.

لایه دوم پوست، درم است که شامل بافت عضلانی صاف، اعصاب، فولیکولهای مو، غدد و مجاری مخصوص آنها، شریان‌ها، وریدها، مویرگها و بافت فیبروزه و قابل ارتجاع است. هر مو از ساقه مو که از داخل و سطح بالای پوست خارج می‌گردد و پیاز مو که در داخل درم است تشکیل می‌گردد. درم روی بافت چربی زیر جلدی قرار دارد که لایه‌های پوست را حفظ می‌کند و به عنوان عایقی جهت نگهداری حرارت بدن عمل می‌نماید. لایه بافت چربی شامل عروق خونی، لنف، اعصاب و سلولهای چربی است. دو لایه اصلی پوست و لایه زیر جلدی دستگاه پوشش طبیعی بدن را تشکیل می‌دهند.

پوست تمام بدن را می‌پوشاند و بصورت غشاء مخاطی در حفرات طبیعی بدن ادامه دارد. مقطع عرضی پوست طبیعی در شکل ۱ـ۳۷ نشان داده شده است. غدد چربی، ماده روغنی ترشح می‌کند که سبوم نامیده می‌شوند که موجب نرمی پوست و مو شده و پوست و پوست سر را قابل انعطاف می‌سازد. غدد عرق، ترشح عرق را به عهده دارد. سرومن (واکس گوش) در کانال گوش خارجی است که شامل روغن غلیظ و رنگدانه قهوه‌ای است که توسط غدد موم‌ساز ترشح می‌شود.

فعالیتهای پوست و غشاء مخاطی

پوست شش عمل مهم انجام می‌دهد: حفاظت، تنظیم درجه حرارت‌بدن، احساس ترشح، حفظ آب و تعادل الکترولیتها و جذب و تولید ویتامین D که در جدول ۱ـ۳۷ توضیح داده شده است.

لایه غشاء مخاطی، حفرات بدن را که به خارج بدن باز می‌باشند، می‌پوشاند و همچنین در دستگاه گوارش، مجاری تنفسی و دستگاه ادراری تناسلی یافت می‌شوند. پوشش سطح خارجی که شامل سلولهایی است که مخاط ترشح می‌کنند. بافت همبند که زیر لایه خارجی پوست است، غشاء مخاطی دارای گیرنده‌های محافظ بدن است، برای مثال: ماده تحریک کننده در دستگاه‌تنفسی فوقانی که موجب سرفه، عطسه و حنجره یا تراشه می‌شود و یا غذا در حنجره و تراشه موجب سرفه فرد می‌شود. عطسه کردن و سرفه کردن، مکانیسم دفاعی برای رهایی بدن از مواد خارجی است. بافت مخاطی به جز دهان و رکتوم، به حرارت حساس نیست، اما به فشار حساس می‌باشد. همچنین غشاء مخاطی مواد موجود در سطح خود را جذب می‌کند، برای مثال غذای هضم شده در رودهٔ باریک جذب غشاء مخاطی می‌شود.

عملکرد انعکاسی: چالش برای مهارتهای بین فردی

اولین روز کلینیک بود و ما جهت مراقبت صبحگاهی بیماران کاملاً آموزش دیده بودیم. بیمار من، اندروکریج، مرد ۶۸ ساله با تشخیص مالتیپل و محدودیت حرکت، وقتی وارد اتاق شدم به من گفت که چند ساعت زودتر باید حمام در تخت بگیرد، مطمئن نبودم که چطور انجام دهم. بنابراین از تک سؤال کردم آیا بیمار من آماده بود که حمام کامل بگیرد. تک مرا به داخل اتاق بیمار کشید و در حضور بیمار فریاد زد و او را تهدید کرد که تمام روز نخوابد و روی صندلی ننشیند. بیمار یک ناول در ناحیه ران داشت و نشستن روی صندلی برایش دردناک بود. تک به من گفت که او را حمام کنم و سپس اتاق را ترک کنم. من او را در وضعیت بدی ترک کردم زیرا بیمار عصبانی بود و من حیرت زده بودم که تک چرا چنین رفتاری کرد و حقیقتاً من از این برخورد آشفته بودم. آن روز برای من از نظر عاطفی خیلی مشکل بود و وقتی به منزل رسیدم بیشتر آشفته شدم. با برنامه‌ای که تک اجرا کرد بیمار به تغییر وضعیت تمایل پیدا کرد و از دراز کشیدن روی یک طرف بطور کامل دست کشید.

به خارج از جدول فکر کنید: امکان دوره‌های عملکرد

- بدترین موقعیت را ایجاد کنید، اما هیچ تغییری در آن ندهید، من فقط یک دانشجو هستم، واقعاً؟
- برخورد تک و گفتگو دربارهٔ بیحرمتی به من
- گزارش تک به سوپروایزر
- مشورت با معلمم دراین مورد که یک پرستار حرفه‌ای چه پاسخی باید در این موقعیت بدهد.
- برای حداکثر تلاش آماده باشید، اگر تلاش برای اصلاح یک سیستم بد که به نظر نمی‌رسد که با موفقیت همراه باشد.

ارزشیابی یک برآیند خوب: تعریف موفقیت چیست؟

- نیازهای اولیه بهداشتی بیمار برآورده شده است.
- به تمامیت و انسانیت بیمار احترام گذاشته شده است.
- مراقبین بهداشتی و تکنسین‌ها جوابگوی رفتار قانونی غیر اخلاقی و فاقد صلاحیت هستند در مورد (معلم ـ راهنمای پرستاری و مدیریت در خانهٔ پرستاری)
- من یاد می‌گیرم که چگونه مدافع موفق بیمار باشم

یادگیری فردی: در آینده چه فردی است!

من برای معلم بالینی و هماهنگ کننده کلاس در مورد این رویداد صحبت کردم هماهنگ کننده با خانه پرستاری تماس گرفت و من یک بیانیه در مورد این رویداد داشتم، مدیر پرستاری که بیانیه مرا گرفت خیلی پذیرا نبود و واقعاً تشویق نکرد.

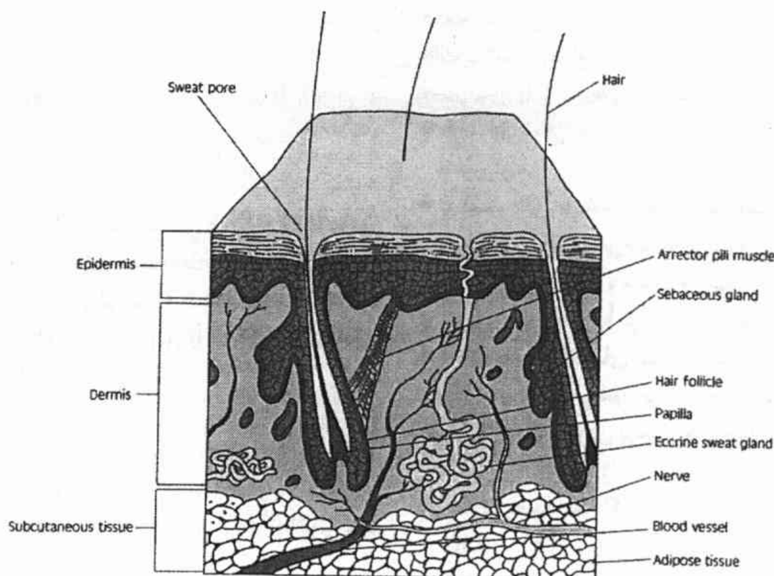
این تجربه به من کمک کرد که تشخیص بدهم چه نوع پرستاری باشم. اول و جلوتر از همه، همیشه می‌خواهم که از بیمار مراقبت با کیفیت عالی را انجام دهم و در وقت تجارب ناخوشایند فوراً به توصیه‌های نامناسب پاسخ ندهم. اما حالا که بیشتر تجربه کسب کردم پاسخ مناسب را فوراً در موقعیت مشابه دادم. من اجازه ندارم به خودم ترس راه بدهم وقتی که کیفیت مراقبت بیمار کافی نیست و باید هر پرستاری را که در مدرسه پرستاری است و یا بیماران را درمان می‌کند تشویق نمایم که بیشترین احترام را به بیمار قائل شود و مراقب باشد که بی پرده صحبت کند و با افراد مناسب برای موفقیت در موقعیت‌های مناسب تماس بگیرد.

بعلاوه برای این رفتار نامناسب تک، تمام شرایط خانه پرستاری ترسناک بود. من مقداری در این ترم درباره کمبود پرستاران (۱ پرستار فارغ‌التحصیل برای ۴۰ بیمار) و چگونگی به خطر افتادن مراقبت پرستاری از بیمار یادگرفتم. در طول وقایع ناخوشایندی که من با آن در تماس بودم، متحیر و بی حرمت شدم اما در هیچ مرحله‌ای به جز این گزارش رویداد شرایط تغییر نکرد. در پایان ترم ما از شرایط هماهنگ کننده کلاس گزارش دادیم. حالا من واقعاً به عنوان یک فرد توانستم شرایط خانه پرستاری را تغییر دهم. همه پرستاران درمورد کیفیت مراقبت پرستاری مسئول هستند.

این تجربه برای من خیلی مشکل بود، اما در پایان فکر می‌کنم چشمان من برای اهمیت اعمال پرستاری به عنوان یک رهبر باز است.

تفکر انعکاسی

چطور فکر می‌کنید، آیا پاسخ مناسبی در موقعیت مشابه دارید؟ چرا؟ آیا این گفتگو در مورد مهارتهای خودتان برای عملکرد حرفه‌ای کافی است؟ آیا به راههای دیگری برای جواب دادن فکر می‌کنید؟ آیا در سایر مهارتهای (شناختی بین فردی، فنی، اخلاقی و قانونی) نیاز به پاسخ مناسب دارید؟ چه عواملی ممکن است در جواب تک به بیمار دانشجوی پرستاری نقش داشته باشد. دانشجوی پرستاری چگونه اصول اخلاقی و قانونی را در عمل تلفیق نماید؟ آیا دانشجوی پرستاری به عنوان مدافع بیمار عمل می‌کند؟ چرا و چرا نه؟ حدود عملکرد فردی دانشجوی پرستاری چگونه است. آیا در موقعیتی هست که توانایی اجازه یا پروانه آژانس مراقبتی داشته باشد؟ آیا با معیار ارزشیابی یک برآیند موفقیت‌آمیز موافق هستید؟ آیا دانشجوی پرستاری معیار مربوطه را برآورده می‌سازد؟ لطفاً جواب خود را توضیح دهید.



شکل ۱ـ۳۷

جدول ۱ـ۳۷. اعمال پوست

عمل	مکانیسم
پوست بدن را محافظت می‌کند	پوست سالم از هجوم باکتریها به بدن جلوگیری می‌کند. صدمه به بافتهای زیر پوست و اندامهای داخلی بوسیله پوست سالم کاهش می‌یابد.
پوست به تنظیم درجه حرارت بدن کمک می‌کند	تولید عرق و از بین رفتن آن از طریق تبخیر به خنک شدن بدن کمک می‌کند. در زمان افزایش جریان خون ناشی از انبساط عروق، حرارت بیشتری از بدن توسط تشعشع و انتقال از دست می‌رود. عدم تعریق و انقباض عروق به باقی ماندن حرارت در بدن کمک می‌کند.
	پدیدهٔ کشیده شدن مو به طرف بالا (سیخ شد مو) که بعلت انقباض عضلات پوست ناشی از عصب حرکت دهندهٔ مو بطرف بالا می‌باشد به حفظ حرارت بدن کمک می‌کند زیرا لایه‌ای از هوا که در انتهای موهای راست شده قرار دارد به عنوان عایق عمل می‌کند.
پوست یک عضو حس است	در پوست گیرنده‌های حسی برای درد، لمس، فشار و درجه حرارت وجود دارد که کمک می‌کند بدن محرک را از محیط دریافت کند.
پوست یک عضو مترشحه است	آب، نمک و مواد دفعی نیتروژنی از پوست دفع می‌شوند، گرچه این مقدار در مقابل مواد دفع شده از راه کلیه ناچیز است.
پوست در حفظ تعادل مایعات و الکترولیت‌ها کمک می‌کند	توسط پوست، تراوش آب اضافی و الکترولیتها از بدن جلوگیری می‌شود.
پوست، ویتامین D را تولید و جذب می‌کند	پیش‌ساز ویتامین D در پوست وجوددارد که در اتصال با اشعه ماوراءبنفش خورشید، ویتامین D تولید می‌کند.

عوامل مؤثر بر وضعیت پوست و بهداشت شخصی

دانش مربوط به اعمال پوست و غشاء مخاطی جهت درک عوامل مؤثر بر مراقبت پوست و غشاء مخاطی ضروری است. این اطلاعات جهت اصول اساسی در رابطه با مراقبت پوست و غشاء مخاطی شامل موارد زیر است:

- پوست و غشاء مخاطی سالم و بدون بریدگی به عنوان اولین سد دفاعی علیه عوامل مضر، عمل می‌کند.
- مقاومت پوست و غشاء مخاطی در برابر صدمه در بین افراد متغیر است. عوامل مؤثر در مقاومت افراد شامل: سن، مقدار بافتهای زیرین و وضعیت بیماری است.

- سلولهای بدن که به قدر کافی هیدراته و تغذیه شده باشند در برابر صدمه مقاوم می‌باشند.
- گردش خون کافی جهت تأمین زندگی سلولها لازم است. زمانی که به هر دلیلی گردش خون سلولها مختل شود، تغذیه و عمل دفع سلول به قدر کافی انجام نمی‌گیرد.

به مراقبت اندرو فکر کنید. نمایش عملکرد انعکاسی در مرد مسن او در حرکت محدودیت دارد، تمام روز در صندلی قرار دارد و خطر صدمه به پوست در اثر فشار و گردش خون ناکافی دارد. این را در فکر نگهدارید زمانی که برنامه‌ریزی می‌کنید.

وضعیت پوست

دو عامل بزرگ بر وضعیت پوست در مرحله رشد و تکامل وضعیت سلامتی اثر دارد، هریک از عوامل اثرات گوناگونی روی پوست فرد دارد.

نکات مورد توجه در رشد و تکامل

خصوصیات ویژهٔ پوست به مراحل مختلف رشد تکامل ارتباط دارد. عملکرد بهداشتی در هر مرحله تأثیر مستقیم بر ظاهر و وضعیت پوست دارد.

- پوست و غشاء مخاطی اطفال به آسانی صدمه می‌بیند و در معرض عفونت است. مراقبت از اطفال جهت پیشگیری از صدمه و عفونت پوست و مخاط ضروری است.
- پوست کودک بطور فزاینده‌ای به صدمه و عفونت مقاوم است. در هر صورت به دلیل بازی کردن و در طول تعلیم توالت رفتن، پوست نیاز به مراقبت ویژه دارد.
- پوست در دوران بلوغ معمولاً دارای غده چربی فراوان همراه با افزایش ترشحات غددی به دلیل تغییرات هورمونی در بدن است. این خصوصیات جوان را مستعد جوش صورت می‌کند (بحث بعدی در این فصل)
- ترشحات غدد پوست حداکثر در هنگام جوانی است و تا حدود سن پنجاه سالگی ادامه دارد.
- تغییرات پوستی ناشی از افزایش سن بر روی بالغین مسن بحث شده است این تغییرات غیر قابل برگشت است.

لکه‌های قهوه‌ای که به نام خالهای کبد نامیده می‌شود اغلب ظاهر می‌گردند شروع آنها از سن ۳۵ سالگی است و با گذشت سن، بزرگتر و بیشتر می‌شوند. این خالها ناشی از تأثیر باد و آفتاب بر پوست است و ارتباطی به کبد ندارد.

حالت سلامتی

حالت سلامت فرد اثر مستقیم بر شرایط پوست دارد. برای مثال بعضی بیماریها یا شرایطی که پوست در معرض صدمه می‌باشد:

- افراد خیلی چاق و خیلی لاغر، نسبت به اشعه و صدمه حساس‌ترند.
- از دست دادن مایعات از طریق تب، استفراغ یا اسهال، حجم مایع در بدن کاهش می‌یابد که این واژه دهیدراتاسیون نام دارد که ظاهر پوست شل و سست می‌شود.
- تعریق شدید، خصوصاً در چینهای پوست
- زردی، بعلت پیگمانهای صفراوی شدید در پوست که در نیمه رنگ پوست زرد می‌شود. پوست اغلب خشک و خارش دارد و بیمار با زردی و خراش پوستی بعلت ضایعه باز، احتمال عفونت دارد.
- بیماری پوست مثل اگزما و سوریازیس که اغلب موجب ضایعات می‌شود که نیازمند مراقبت ویژه در بهداشت شخصی و رژیم درمانی است.

بهداشت شخصی

پرستارانی که مراقبت از بیماران را بر عهده دارند خیلی زود از زمینه‌های گوناگون درمی یابند که عادت بهداشتی در میان افراد مختلف متفاوت است. عوامل زیر ممکن است بر رفتارهای بهداشتی فردی مؤثر باشند.

فرهنگ

بسیاری از مردم آمریکای شمالی به تمیز نمودن ارزش زیادی قائل هستند و احساس تمیزی نمی‌کنند مگر اینکه حداقل روزانه یک بار حمام کنند و یا دوش بگیرند. آنها حمام کردن را بدون به کار گرفتن موادی که به منظور و کاهش و یا از بین بردن بوی طبیعی بدن باشد، کامل نمی‌دانند. مردم از فرهنگ‌های دیگر، حمام یکبار در هفته و از بین نبردن بوی طبیعی بدن را کافی می‌دانند، فرهنگ همچنین ممکن است تعیین نماید که حمام کردن یک عمل خصوصی و یا عمومی است.

توجه کنید سویندال موراً زن اسپانیولی بعد از سکته به خانه دخترش ترخیص می‌شود. گرچه دخترش خیلی مشتاق برای مراقبت از مادر است پرستار نیاز است که در مورد فرهنگ بیمار بررسی نماید که در مورد اینکه دخترش از او مراقبت کند چه احساسی دارد، قاعدتاً بهداشت یک موضوع فردی است و پرستار نیاز است که نواحی بدن را با بیمار بررسی کند و دختر او اطمینان یابد که صلاحیت مراقبت را از نظر فرهنگی دارد.

توجه به افراد سالمند

راهبردهای پرستاری جهت برخورد با تغییرات پوست ناشی از سن

تغییرات ناشی از سن	راهبردهای پرستاری
● بافت زیر جلدی و درم نازک می‌شود ● پوست سریعتر صدمه می‌بیند ● ظرفیت پوششی آن کم می‌شود ● زودتر چروک می‌شود ● حس فشار و درد کاهش می‌یابد فعالیت غدد سباسه و عرق کاهش می‌یابد ● پوست خشک‌تر می‌شود. ● خارش ایجاد می‌شود نوسازی سلول کوتاهتر است ● زمان ترمیم به تأخیر می‌افتد ملانوسیت‌ها (سلولهایی که پیگمان و رنگ مو و پوست را تشکیل می‌دهند) کاهش می‌یابد ● مو سفید خاکستری می‌شود. ● پوست ممکن است بدون پیگمان شود. درجه رشد ناخن کاهش می‌یابد ● ناخنها نرم و زود می‌شکنند ● ناخنها ضخیم می‌شوند	● چسب روی پوست بکار نبرید مگر ضروری باشد ● پوست را جهت هر نوع علایم زخم فشاری مکرراً بررسی کنید. ● روی برجستگی‌های استخوانی اگر لازم است قرار داده شود. ● تحمل فشار را با کنترل نقاط فشاری از نظر قرمزی بعد از ۳۰ دقیقه بررسی نمائید. ناحیه پرینه را روزانه تمیز کنید اما روزانه بدن را کامل حمام نکنید. ● در صورت نیاز لوسیون بکار ببرید. ● مصرف آب را به قدر کافی تشویق کنید. ● مراقبت پوست را بررسی کنید و علائم و نشانه‌های صدمه به پوست (شکنندگی) را بررسی کنید. بیمار را برای چک پوست مشاهده و علائم و نشانه‌های غیر طبیعی ملانوما و یا سایر موارد غیر طبیعی کمک کنید. به بیمار مراقبت از ناخن را آموزش دهید ● توصیه کنید بیمار ناخنها راکوتاه نگهدارد و احتمال شکنندگی پوست و رشد عفونت راکاهش دهد. ● پوست را بطور مکرر برای شکنندگی حساسیت و ترک خوردگی بررسی کنید.

طبقه اجتماعی ـ اقتصادی

منابع مالی و طبقه اقتصادی اجتماعی فرد اغلب اختیارات قابل دسترس بهداشتی را برای افراد تعیین می‌کند. برای مثال، فردی که یک اطاق در منزلی اجاره کرده باشد، ممکن است در استفاده از وان یا دوش و نیز از نظر مالی در خرید صابون، شامپو و کرم تراشیدن و اسپری ضد بو و عرق محدودیت داشته باشد. افراد بی‌خانمان که اغلب کلیه وسایل زندگی خود را در یک ماشین یا مغازه حمل می‌کنند ممکن است با آب گرم و صابون در کنار جاده و یا در یک مسافرخانه مجاز به شستشوی خود باشند، تعدادی از افراد هم به دلیل غیر بهداشتی بودن مسافرخانه‌های عمومی از آنها استفاده نمی‌کنند.

اعمال مذهبی

مذهب ممکن است آداب و رسوم خاصی را جهت شستشو و تطهیر که معمولاً قبل از شروع غذا و یا دعا کردن و نماز خواندن انجام می‌گیرد، تعیین نماید. برای مثال در مذهب یهودی ارتدکس، زنان پس از پایان دورهٔ ماهانه و زایمان، حمام‌هایی با مراسم عبادت دارند. در بعضی مذاهب، تماس شخص با مرده یا حیوان مرده شخص را ناپاک می‌شناسند.

سطح رشد و تکامل

کودکان در ضمن رشد اعمال بهداشتی متفاوتی را یاد می‌گیرند. ممکن است حمام گرفتن در صبح یا عصر بر طبق عادات خانواده وضع شود. همچنین دفعات شامپو کردن موی سر، احساس در مورد لخت شدن، دفعات تعویض لباس و غیره را خانواده تعیین نماید. جوانان، اقدامات بهداشتی در زمان طفولیت را تغییر داده و زمان و دفعات حمام گرفتن خود را افزایش داده و دوش گرم می‌گیرند: افراد مسن، زمان و دفعات حمام گرفتن راکاهش داده و کمتر از صابون‌های ضد بو جهت اجتناب از خشک شدن شدید پوست استفاده می‌نمایند.

وضعیت سلامتی

بیماری یا صدمات وارده ممکن است تأثیر معکوس بر توانمندی‌های فرد از لحاظ انجام اقدامات بهداشتی و یا انگیزه به پیگیری عادات معمول بهداشتی داشته باشد. ضعف، سرگیجه و ترس از افتادن، عواملی هستند که از وارد شدن فرد در وان یا دوش و یا خم شدن در دستشویی به منظور شستن اندامهای تحتانی، جلوگیری می‌کند. بیماری، همچنین ممکن است نیاز در اصلاح و تغییر اقدامات بهداشتی و یا عادات جدید را ایجاد کند.

بخاطر بیاورید که لی سیمون، کودک در سن مدرسه مبتلا به شپش پرستار می‌فهمد که اقدامات ویژه‌ای برای از بین بردن شپش موی کودک ضروری است در نتیجه کودک و پدرش نیاز به اصلاح در اعمال بهداشتی دارند، بخصوص در مورد مراقبت از موها ولی سایر نواحی خوب است.

سلیقه شخصی

افراد علائق مختلف شخصی نسبت به اعمال بهداشتی دارند. بعضی افراد، دوش گرفتن را بر وان و یا صابون مایع را بر صابون قالبی و دوش گرفتن را برای سرحال شدن خود و یا به منظور آرام شدن قبل از خواب ترجیح می‌دهند. پنداشت فرد از خود و مسائل جنسی نیز می‌توانند بر عادات بهداشتی فرد موثر باشند. برای مثال جهت پیشبرد تصویر ذهنی مثبت از خود، افراد مسن ممکن است محصولات مراقبت از پوست را برای جلوگیری از چروک و کاهش علائم پیری بکار ببرند. زنان ممکن است برای فعالیت جنسی انواعی از مواد بهداشتی را به منظور بهبود پاکیزگی استفاده کنند.

فرایند پرستاری برای مراقبت از پوست و بهداشت شخصی

پرستاران، قبل از آموزش اعمال بهداشتی به بیماران، نیاز دارند اعمال بهداشتی خود را مورد ارزشیابی قرار دهند. جدول ۱ـ۳۷ رفتارهای قابل قبول بهداشت فردی را پیشنهاد می‌کند.

بررسی و شناخت

تاریخچه پرستاری

عادات حمام کردن و تمیز کردن و رعایت آداب عبارت متغیر است. قبل از اینکه پرستار تصمیم بگیرد که اعمال بهداشتی فردی ناکافی است، سلامت آن فرد باید مورد تهدید جدی قرار گرفته باشد. بررسی و شناخت پرستار از اعمال بهداشتی صحیح و کافی بیمار، این است که ارزشیابی کند که آیا بیمار دانش، نگرش و مهارت‌ها و منابع مراقبتی برای پوست و غشاء مخاطی را دارد. به راهنمای بررسی و شناخت رجوع کنید. از بیمار باید در مورد مشکلات گذشته یا حال سؤال شود (نظیر، جوش، غده، خارش، خشکی، ضایعات) زمانی که پوست دچار مشکل است باید سؤالات زیر از بیمار پرسیده شود:

چه مدتی است که این مشکل را دارید؟

این مشکل چطور باعث ناراحتی شما شده است؟

آیا خارش آن شما را اذیت می‌کند؟

آیا کمکی برای از بین رفتن این علائم دریافت نموده‌اید؟

زمانی که تاریخچه پرستاری را ثبت نمودید بطور ویژه، روش اعمال بهداشتی بیمار و هر نوع شکایتی را توصیف نمائید. دو مثال از مراقبت بهداشتی پوست بطور مستند گزارش می‌شود:

بهداشت: «دوش گرتن دو بار در روز، یکبار صبح و یکبار عصر بعد از اتمام کار. به کار بردن کرم مرطوب کننده بطور روزانه برای پوستی که خیلی خشک باشد. در صورت آلرژی به صابونهای معطر در مواقع لزوم با صابون آون[1] حاوی روغن حمام گرفته شود»

پوشش طبیعی بدن: «در صورت داشتن تاریخچه ضایعه در پاها ناشی از ورزش، از زمان دبیرستان تاکنون و بروز آن هر ۲ الی ۳ ماه یکبار، داشتن آگاهی در مورد مراقبت صحیح از پاها و استفاده کردن از کرم ضد قارچ مثل تربینافین هیدروکلراید[2] (لای زیل درماژل) یا تولنافتیت[3] (تیناکتین).

حفره دهان

دهان اولین قسمت لوله گوارش و قسمت مهم دستگاه تنفسی است. مجاری غدد بزاق به داخل دهان باز می‌شوند. دندان‌ها و زبان از ضمائم دهان به شمار می‌روند و نقش مهمی در شروع عمل هضم غذا از طریق خرد کردن مواد غذایی و مخلوط آن با بزاق دهان دارند. بزاق دهان نیز به منزله مادهٔ پاک کننده دهان به شمار می‌رود. بهداشت خوب عمومی به اندازهٔ پاکیزگی جهت برقراری سلامت دهان و دندان ضروری است. برای مثلا، رابطه بین دندان خوب و تغذیه کافی از نظر کلسیم و فسفر و بطور طولانی مدت ویتامین D که برای بدن ضروری است و با استفاده از این املاح معدنی دندانها تثبیت می‌شود.

حفظ رعایت بهداشت دهان و مراقبت از دندانها چندین فایده دارد. داشتن دهان تمیز و سالم در زیبایی فرد تأثیر دارد و داشتن دندان‌های سالم و زیبا بر مثبت بودن تصویر ذهنی از خود مؤثر است. زمانی که وضعیت دهان و دندان خوب است، فرآیند هضم و رضایت از تغذیه افزایش می‌یابد. بررسی و شناخت حفره دهان، گرفتن تاریخچه پرستاری شامل ساختمان دندان، زبان، غدد بزاق می‌باشد. هنگام گرفتن تاریخچه تعیین اعمال بهداشت دهان و متغیرهای مؤثر بر این اعمال، تاریخچه هر مشکل و درمانهای مربوطه یادداشت می‌شود.

1- Aveeno oilated

2- Terinafine hydrochloride (lamisil Defina Gel)

3- Tolnaftate (Tinactincream)

پیشبرد بهداشت سلامتی ۱ـ۳۷.

چک لیست بررسی و شناخت، برای تعیین چگونگی برآورده نمودن نیازهای بهداشتی بکار ببرید. سپس رفتارهای مناسب را برای توسعه مراقبت از خود انتخاب و پیشنهاد دهید.

چک لیست بررسی و شناخت	تقریباً همیشه	گاهی	تقریباً هرگز
۱ـ موهای من تمیز و آراسته است	☐	☐	☐
۲ـ پوست من تمیز است.	☐	☐	☐
۳ـ وضعیت دهان من نشان دهندهٔ رضایت بهداشت دهان است.	☐	☐	☐
۴ـ ناخنهای من آراسته و لاک زده است.	☐	☐	☐
۵ـ بدن من عاری از بوهای ناخوشایند است.	☐	☐	☐

رفتارهای مراقبت از خود

۱ـ مطمئن باشید که تغذیه و ورزش مناسب است بنابراین به پوست سالم و تمیز کمک می‌کند.
۲ـ مسواک و نخ دندان بطور منظم استفاده می‌شود و حداقل همه ساله توسط دندانپزشک ویزیت می‌شود.
۳ـ موها بطور منظم تمیز می‌شود. برس و شانه زده می‌شود.
۴ـ از وسیله خاصی مثل خشک کننده موها با احتیاط استفاده می‌کند که صدمه به آنها وارد نشود.
۵ـ ناخنها و زیر آنها را تمیز نگهمیدارد. چیدن ناخنها بصورت عرضی انجام شود و در صورت لزوم با سوهان صاف شود.
۶ـ پوست را تمیز و بطور مرتب حمام می‌کند و در صورت لزوم از لوسیون وکرم برای خشکی پوست استفاده می‌کند. زیر بغل و پرینه در صورت لزوم دئودورانت یا ضد عرق بکار می‌برد.
۷ـ رابطه بین بهداشت و خوب بودن (رفاه) را احساس می‌کند.

تعیین متغیرهاش شناخته شده برای مشکلات دهان مثل ناتوانی در مراقبت از خود، سوء تغذیه یا دریافت شدید مواد قندی، تاریخچه بیماری پریودنتال در خانواده و یا دریافت داروهای شیمی درمانی موجب ضایعات دهانی می‌شود. بیمارانی که در معرض خطر ضایعات دهانی هستند شامل کسانی که بطور جدی بیمار هستند، افراد بیهوش، کم آب، گیج و افسرده یا فلج می‌باشند. بیمارانی که از طریق دهان تنفس می‌کنند و کسانی که از طریق دهان غذا و مایعات نمی‌خورند و لوله بینی ـ معده دارند یادر راههای هوای ایروی دارند و کسانی که جراحی بر روی دهان دارند.

چشمها، گوشها و بینی

تاریخچه پرستاری با سؤالاتی در خصوص مراقبت از چشم، گوش و بینی که بیمار انجام می‌دهد، شروع می‌شود. همچنین استفاده از وسائل کمک بینایی یا پروتزهای (عینک، لنزهای تماسی و چشم مصنوعی) و کمک شنوایی را در بر می‌گیرد. تاریخچه هر نوع مشکلات بینی، چشم و گوش و درمانهای مربوطه را بررسی کنید.

مو

مو یک ساختار کمکی از پوست است. سلامت عمومی بدن برای جذابیت مو و پوست ضروری است و پاکیزگی اثر مثبتی بر روی آن دارد. بیماری بر روی مو، به ویژه وقتی اختلالات غدد داخلی، افزایش درجه حرارت بدن، سوء تغذیه و یا هیجان و اضطراب وجود دارد، تأثیر می‌گذارد. تغییرات در رنگ یا وضعیت و حالت ساقه مو مربوط به تغییرات هورمونی بدن و یا تغییر مربوط به گردش خون فولیکولهای مو است. تاریخچه پرستاری را با تعیین اعمال مراقبتی از پوست سر و مو و علائق بیمار شروع کنید. تاریخچه اختلالات پوست سر و مو و علت احتمالی تغییرات در توزیع حالت مقدار مو و درمان مربوط به آن را یادداشت کنید. هوشیار باشید که بسیاری از عوامل شناخته شده اختلالات پوست سر و مو که نیاز به مراقبت مخصوص دارند از ناتوانی‌های مراقبت از خود، بی حرکتی، سوء تغذیه و درمانهایی ناشی از کاهش مو (نظیر استفاده از مواد شیمی درمانی) ناشی می‌شوند.

ناخنها و پاها

ناخنها یک ساختار کمکی از پوست هستند و از بافت پوششی ساخته شده‌اند. بدنه ناخن قسمتی است که نمایان است، ریشه ناخن در داخل پوست زیر شیار ناخن است، جایی که ناخن رشد می‌کند و تغذیه می‌شود. ناخن‌های سالم به رنگ صورتی و گرد و محدب هستند. در حالتهای خاص پاتولوژیکی و همچنین با گذشت سن ناخن‌ها دارای خطوط برجسته و بستر آنها مقعر می‌گردد.

زمانی که تاریخچه پرستاری از بیمار تهیه می‌کنید اعمال طبیعی مراقبت از پا و ناخن و نوع کفش و تاریخچه سلامت پا و ناخن و درمانهای مربوطه را در بیمار مشخص کنید. مشکلات پا به ویژه در بیماران مبتلا به دیابت شیرین و بیماری عروق محیطی، غالباً نیازمند بستری شدن می‌باشند (پالمر ۲۰۰۱). دسترسی به فعالیت آموزشی می‌تواند از بسیاری از عوارض شدید (نظیر زخمها، قطع عضو اندام تحتانی) در رابطه با مشکلات پا جلوگیری کند. هر متغیر شناخته شده‌ای که موجب مشکلات پا و ناخن، مثل ناتوانی در مراقبت از خود، بیماری عروقی، التهاب

تمرکز بر روی راهنمای بررسی و شناخت ۱ـ۳۷

اعمال بهداشتی

عوامل بررسی	سؤالات و روشها
عادات روزانه یا هفتگی حمام کردن	درباره عادات حمام کردن بطور روزانه یا هفتگی خود بگویید از چه مواد بهداشتی مخصوص استفاده می‌کنید و یا نمی‌توانید استفاده کنید؟ پرستاران چگونه می‌توانند به شما در برآوردن نیازهای بهداشتی کمک کنند؟
عوامل مؤثر بر اقدامات بهداشتی (حسی، شناختی، تحمل، تحرک و انگیزه) تاریخچه اختلالات پوستی و غشاء مخاطی (ماهیت، ناگهانی بودن مشکل و تکرار دفعات، علل، شدت، علائم و اقدامات پیشگیری و نتایج)	اخیراً در گذشته چه عواملی بر عادات بهداشتی شما تأثیر داشته است؟ آیا عاملی بر توانایی شما در حمام کردن بطوری که دلخواه شما باشد، تأثیر دارد؟ هر نوع اختلال پوستی همراه با جوش، غده، خارش، خشکی، ضایعات اکیموز یا توده را شرح دهید.
اعمال ویژه بهداشتی	
دهان	دندانها و لثه‌های خود را چگونه تمیز می‌کنید؟ معاینه دندانها شما اغلب چگونه است؟ آیا وسیله خاصی برای دندان استفاده می‌کنید؟ آیا نواحی حساس یا ضایعاتی در دهان دارید؟
چشم‌ها و گوش و بینی	آیا شما برای بهبود بینایی از عینک یا لنز تماسی استفاده می‌کنید. آیا سمعک استفاده می‌کنید؟ آیا ترشح خرتی یا ورم از چشمها، گوشها یا بینی تجربه کرده‌اید.
مو	آیا هیچگونه خشکی غیر معمول در پوست سر متوجه شده‌اید و یا تغییرات در ماهیت و ترکیب و مقدار مو داشته‌اید؟
پاها و ناخن‌ها	آیا ظاهر ناخن‌ها طبیعی است؟ ناخن‌ها را بطور طبیعی چگونه تمیز و مراقبت می‌کنید؟ آیا پوست پا بی عیب است؟ آیا درمی در یک یا هر دو پا متوجه نشده‌اید؟ آیا شما کفش مخصوص می‌پوشید؟
پرینه	آیا به هر نوع ترشح، ورم، خارش یا التهاب غیر معمول در خود متوجه شده‌اید؟ آیا شما بطور کامل قادر به مراقبت پرینه خود هستید؟ آیا شما اعمال بهداشتی خاصی را به هنگام عادات ماهانه پیگیری می‌کنید؟ چه نوع مواد بهداشتی زنانه استفاده می‌کنید؟ (نظیر پدها، تامپون‌ها، دوش)

مفاصل، دیابت شیرین، تاریخچه چیدن نادرست ناخن‌ها، در معرض مواد شیمیایی یا آب بطور طولانی مدت، ضربه، پوشیدن کفش تنگ و یا چاقی را مشخص کنید.

نواحی پرینه و واژن

پرینه ناحیه‌ای گرم، تاریک و اغلب مرطوب است که مستعد رشد باکتریهاست. بیماری که قادر به شستشوی ناحیه پرینه نیست، نیاز به کمک پرستار در این بخش مهم از بهداشت فردی دارد. کوتاهی در تمیز کردن ناحیه پرینه بیماری که قادر به مراقبت از خود نیست منجربه ناراحتی روحی و جسمی، ترک خوردگی پوست و بوهای ناخوشایند می‌شود. زمانی که تاریخچه پرستاری تهیه می‌کنید، هر نوع تاریخچه مشکلات پرینه و واژن و درمانهای مربوطه را ثبت کنید. متغیرهای شناخته شده‌ای را که موجب مشکلات واژن یا پرینه و یا موجب نیاز به مراقبت خاص می‌شود، مشخص کنید، عدم کنترل ادرار و مدفوع، سندهای فولی ماندنی، زایمان، جراحی رکتوم یا واژن و بیماریهایی مثل عفونت دستگاه ادراری، دیابت شیرین، بیماریهایی که از طریق جنسی انتقال می‌یابند و تب خال.

بررسی و شناخت جسمی

مهارتهای لمس و مشاهده جهت بررسی و شناخت دستگاه پوشش طبیعی بدن به کار می‌رود که جزئیات آن در فصل ۲۵، بررسی سلامتی، شرح داده شده است. پرستارانی که با اقدامات اساسی بهداشتی به بیماران کمک می‌کنند فرصت بسیار خوبی را

برای معاینهٔ دقیق پوست بیماران دارند. بسیاری از افراد از ضایعات پوستی مثل خالهای پیش از ابتلا به سرطان که در صورت عدم درمان کشنده خواهند بود آگاهی ندارند. تشخیص و درمان به موقع اختلالات پوستی از اقدامات مهم پرستاری است. به هنگام معاینه پوست، دقت کافی به تمیز بودن، رنگ، ترکیب، درجه حرارت، تورگور (قابلیت ارتجاعی پوست)، رطوبت، حس، وضعیت عروقی و وجود ضایعات داشته باشید، در صورتی که ضایعه‌ای تشخیص داده شد، باید شکل، رنگ، اندازه، میزان پراکندگی، طبقه‌بندی، محل و قوام آن را ثبت نمائید. اصطلاحاتی که د رتوصیف این یافته‌ها کمک کننده می‌باشند در فصل ۲۵ ارائه شده است. راهنمای کلی برای بررسی و شناخت درست موارد زیر است:

- بررسی و شناخت را با فرایند منظم از سر تا نوک پا انجام دهید.
- از منبع نور کافی، ترجیحاً نور طبیعی روز، استفاده کنید.
- قسمت‌های دوطرفه را از نظر قرینه بودن مقایسه کنید.
- از اصطلاحات استاندارد جهت گزارش و ثبت یافته‌ها استفاده کنید.
- از اطلاعات به دست آمده در تاریخچه پرستاری، برای بررسی و شناخت مستقیم پوست استفاده کنید.
- هر متغیری که علت مشکلات پوست مانند کاهش توانایی در مراقبت از خود، بیحرکتی، سوء تغذیه، کاهش مایعات، کاهش حس و مشکلات عروقی (تغییر در گردش خون بافتی و یا برگشت وریدی)، یا وجود محرک‌ها (ترشحات بدن، یا مواد دفعی روی پوست، سایر مواد شیمیایی و یا وسایل مکانیکی) باشد را مشخص کنید.

به دلیل اینکه عوامل شیوهٔ زندگی، تغییرات در وضعیت سلامت، بیماری و اقدامات تشخیصی و درمانی قطعی اثر زیان‌آور بر روی پوست داشته باشند، پرستار نیاز دارد که جمعیت در معرض خطر را تعیین نموده و بررسی و شناخت صحیح و مناسبی از پوست آنها به عمل آورد. جدول ۲-۳۷ بعضی عوامل، که فرد را در معرض خطر اختلالات پوستی قرار می‌دهد مشخص نموده است. زمانی که بررسی پوست را انجام می‌دهید مهم است که برنامه مراقبتی بیمار را بدانید که چگونه انجام می‌دهد. زمان ثبت بررسی و شناخت پوست بطور دقیق آنچه را که مشاهده یا لمس می‌کنید توصیف می‌کند که شامل رنگ، قابلیت ارتجاعی، اندازه، محل و اختلالاتی را که در بررسی در می‌یابید دو نمونه از ثبت بررسی فیزیکی پوست موارد زیر است:

«پوست صورتی، گرم، خشک و قابل ارتجاع است، بدون پتشی[1]، ضایعات یا خراشیدگی، خالهای کوچک، متعدد و گرد با سطح صاف و لبه‌های منظم می‌باشد»

«وجود بثورات جلدی قرمز بطور کلی روی تنه و ران‌ها، ضایعات پوستی با قطر یک الی دو میلی‌متر و با بروز ناگهانی»

حفره دهان

بررسی و شناخت جسمی از حفره دهان و ساختمان اطراف آن است، به ویژه توجه به هر نوع بوی غیر معمول. هنگام بررسی حفره دهان موارد زیر را معاینه کنید:

- لبها: رنگ، رطوبت، وجود توده، زخم، ضایعات و درم
- مخاط: رنگ، رطوبت، ضایعات، ندولها و خونریزی
- رنگ و سطح لثه: ضایعات، خونریزی، ورم و ترشح
- دندانها: هر نوع افتادگی دندان و کشیدن آن، پوسیدگی دندانها، وجود دندانهای مصنوعی یا سایر وسایل دندانپزشکی
- زبان: رنگ، قرینگی، حرکت، ماهیت و وجود ضایعات
- سختی و نرمی کام: از نظر سالم بودن، رنگ، وجود لکه، ضایعات و خونریزی نوک سوزنی (پتشی)
- حلق دهانی: حرکت زبان کوچک و وضعیت لوزتین

همچنین وضعیت بلع و جویدن و هر نوع بوی غیر معمول دهان در بررسی ثبت گردد (به فصل ۲۵ برای بررسی حفره دهان رجوع کنید)

زمانی که حفرهٔ دهان مشاهده می‌شود، پرستار حفره دهان را از نظر مشکلات مشاهده می‌کند که ممکن است مشکلات خوش خیم باشد که فقط کمی آزارنده است، اما ممکن است ضایعاتی نیز که تهدید کنندهٔ زندگی باشد، وجود داشته باشد. تشخیص ضایعه و علت آن و شروع درمان مناسب امری ضروری است و این مستلزم مشاوره با دندانپزشک یا پزشک است.

پوسیدگی دندان[2]

فساد دندان با تشکیل حفره‌هایی است که پوسیدگی نامیده می‌شود. پوسیدگی در نتیجهٔ نارسایی در از بین بردن پلاک دندانی است که لایه‌ای نامرئی، تخریب کننده و حاوی باکتری بر روی دندان‌ها به وجود می‌آید که در نهایت مینای دندان را از بین می‌برد. برنامه‌ریزی صحیح جهت از بین بردن پلاک دندانی شامل کاهش خوردنی‌های شیرین در بین دو وعدهٔ غذا مثل نوشیدنی‌های غیر الکلی، آب نباته آدامس، مرباها و ژله‌ها با شستشوی درست دهان و مراجعه مرتب به دندانپزشک جهت کنترل نمودن دندانها می‌باشد. استفاده از خمیر دندانهای حاوی فلوراید ضد پلاک، شستشوی دهان و نخ دندان به پیشگیری از پوسیدگی دندان کمک می‌کنند.

1- Petechiae
2- Dental Caries

جدول ۲-۳۷. عوامل‌ی که فرد را در معرض خطر تغییرات پوستی قرار می‌دهند.

عوامل	مفاهیم پرستاری
متغیرهای شیوه زندگی	
هم جنس بازی، تاریخچه شرکای جنسی متعدد، استفاده از داروی وریدی هموفیلی، مردان دو جنسه و شرکای جنسی موارد فوق	● این بیماران در معرض ابتلا به سندرم اکتسابی نقص سیستم ایمنی (ایدز) قرار دارند. ● بررسی شامل، دقت در معاینه پوست از نظر لکه‌های تیره (قرمز و آبی) بزرگ و نامنظم که ممکن است نشان دهندهٔ سارکوم کاپوزی باشد.
مشاغلی که فرد را به مدت طولانی در معرض اشعه آفتاب قرار می‌دهد.	● فرد را دِ رمعرض خطر سرطان پوست قرار می‌دهد که در صورت تشخیص زودرس و درمان در مرحله اولیه، پیش‌آگهی عالی است و اگر دیر تشخیص داده شود ممکن است کشنده باشد. ● بررسی و شناخت شامل معاینه دقیق پوست از نظر زخمهای التیام نیافته و یا تغییر در اندازه و رنگ زگیل و یا خال، لازم است.
تغییرات در وضعیت سلامت	
کم آبی یا سوء تغذیه	● اگر دریافت آب، پروتئین و ویتامین C کافی نباشد، پوست قابلیت ارتجاعی خود را از دست داده و مستعد شکسته شدن می‌شود. ● مراقبت پرستاری جهت پیشگیری از شکسته شدن پوست است: تغییر وضعیت بیمار به دفعات مکرر و بررسی پوست در هر بار تغییر وضعیت و تشک مخصوص و محافظت از نواحی استخوانی، به کار بردن لوسیونها و توجه به وضعیت آب و تغذیه بیمار
کاهش حس (فلج، صدمه موضعی عصب، نارسایی گردش خون)	● عدم توانایی بیمار به درک حس نواحی انتهایی به حرارت، فشار، اصطکاک و دیگر عواملی که به آسانی منجربه آسیب پوست می‌شوند. ● مشارکت در مراقبت پرستاری بویژه دقت برای ایمنی
بیماری دیابت شیرین	● عوامل متعددی در پیوستگی با هم موجب مشکلات پوستی در بیماران دیابتی می‌شوند: بریدگی‌ها و زخم‌هایی که ترمیم نشوند، ضایعات انتهای اندامها که تبدیل به زخم شده و نسج آن می‌میرد، عفونت عود کننده از باکتریها و قارچها ● بیمار مبتلا به دیابت باید اقدامات مخصوص بهداشتی را به منظور پیشگیری از صدمه به پوست فرا گیرد و بیاموزد که پوست بدن را با دقت از جهت هرگونه تغییر بررسی نماید و کشف نماید.
اقدامات تشخیصی	
سری عکسهای روده و معده	● آمادگی قبلی دستگاه معدی - روده‌ای به منظور انجام مطالعات لازم، ممکن است باعث اسهال گردد که موجب تحریک پوست در ناحیه پرینه، بخصوص، اگر بیمار قبل از شروع آزمایشات به اسهال دچار بوده، می‌شود، پیش‌بینی مشکل عدم قرمزی و التهاب، شروع حمامهای گرم و استفاده از پمادها، از اقدامات مطلوب پرستار بهستند که بیماران برای پیدا کردن آن ممکن است خیلی سردرگم شوند و دچار مشکل گردند.
اقدامات درمانی	
استراحت در تخت	● استراحت در تخت بیماران را در معرض آسیب پوستی قرار می‌دهد. ● پاک کننده‌های تند که در رختشوی خانه بیمارستان به کار می‌روند این مشکل را تشدید می‌کنند. ● لازم است نقاط فشاری مکرراً مورد معاینه قرار گرفته و محافظت شوند.
گچ‌ها	● گچ به راحتی پوست را تحریک می‌کند، بررسی و شناخت دقیق، پوشاندن لبه‌های سخت گچ و مراقبت از پوست مورد استفاده می‌باشد.
واحد درمان با آب گرم	● حرارت مرطوب اثرات درمانی دارد ولی اگر به مدت طولانی روی پوست به کار می‌رود، ممکن است باعث لاغری آن گردد، بنابراین در طول استفاده از این روش، معاینه پوست در بین درمانها با دقت انجام شود و فرصت داده شود که پوست خشک گردد.
داروها	● دارو ممکن است موجب حساسیت پوست مانند جوش شود. ● عکس‌العمل بیمار را به داروی جدید ارزشیابی کنید و پوست را از نظر قرمزی و خارش معاینه کنید.

بیماری لثه

دلیل مهم از دست دادن دندانها در افراد بالغ بالاتر از ۳۵ سال بیماری لثه است. به التهاب لثه و بافت اطراف دندان ژینژیویت[۱] می‌گویند. پیوره[۲] یا بیماری لثه، التهاب لثه‌ها و گرفتاری بافتهای آلوئولار (فکی) می‌باشد. علائم آن شامل خونریزی لثه‌ها، تورم، قرمزی، بافتهای لثه دردناک می‌شود و به تدریج لثه‌ها به عقب رانده می‌شود و کیسه‌هایی بین دندان و ثه تشکیل می‌شود که با فشردن آنها، چرک خارج می‌گردد و در نهایت به افتادن دندان می‌انجامد. در صورت عدم کنترل دندان‌ها پلاک دندانی بیشتر ساخته می‌شود و در مدت زمانی به همراه باکتری مرده، رسوب سفتی را کنار دندان تشکیل داده که به آن جرم دندان می‌گویند. جرم دندان به تارهای فیبری که باعث استحکام دندان در داخل لثه است حمله می‌کند و به سرعت به لایه استخوانی می‌رسند که باعث شلی دندان و افتادن آنها می‌شود. بوی شدید دهان یا طعم بد دهان (هالی توزیس[۳]) ممکن است اولین نشانهٔ بیماری لثه باشد. درمان منظم دندان توسط یک دندانپزشک امری الزامی است.

سایر مشکلات دهانی

سایر مشکلات دهانی که به هنگام بررسی حفره دهانی مورد مشاهده قرار گیرد شامل موارد زیر است:

- استوماتیت[۴]: استوماتیت التهاب مخاط دهان در اثر علل متعددی، مثل باکتری، ویروس، ضربه مکانیکی، مواد محرک، کمبودهای تغذیه‌ای و عفونت سیستمی بدن به وجود می‌آید. علائم ممکن است شامل درد، گرما، افزایش بزاق و بوی بد دهان باشد.
- گلوسیت[۵]: التهاب زبان است که می‌تواند به علت کمبود آهن، اسید فولیک و ویتامین B12 باشد.
- شیلوزیس[۶]: زخم لب‌ها (شیارهای قرمز در زاویه دهان) را که غالباً به علت کمبود ویتامین B کمپلکس (به ویژه ریبوفلاوین) می‌باشد، شیلوزیس گویند.
- خشکی مخاط دهان: در اثر تنفس دهانی، از دست دادن آب بدن و تغییر در عمل بزاق یا داروهای خاص (نظیر آنتی‌کلی‌نرژیک) بوجود آید.
- بدخیمی‌های دهان: به صورت تشکیل توده یا زخم دهان خود را نشان می‌هند. تشخیص افتراقی بین سرطان دهان و ضایعات خوش‌خیم آن، از نقطه نظر وجود اختلاف بین درمان و برداشتن کامل بافتهای مبتلا و یا مرگ مهم است. به بیماران باید در مورد لکه‌های سفید یا قرمز، زخم‌های مقاوم، تورم، خونریزی، بی‌حسی و یا درد در دهان برای ارجاع فوری آنها به دندانپزشک آموزش داده شود.

چشمها، گوشها و بینی

به هنگام معاینه چشم، وضعیت، مسیر نگاه و ظاهر کلی چشم را توجه و ثبت نمایید. مژه‌ها را از نظر تساوی و برگشت آنها به طرف خارج معاینه کنید. وجود ضایعات، ندولها، قرمزی، ورم، کنده شدن و پوسته پوسته شدن مخاط، افزایش اشک و ترشح از پلکها را یادداشت کنید.

در معاینه گوش، وضعیت، مسیر شنوایی، چگونگی ساختمان گوش و ظاهر کلی گوش را ثبت کنید و به ساختن جرم گوش، خشکی و پوسته پوسته شدن و یا وجود هر نوع ترشح و یا جسم خارجی در گوش، توجه خاص نمائید. قدرت شنوایی را کنترل کنید. حدود یک سوم افراد مسن، حداقل یک کاهش شنوایی از طریق ساختن موم دارند و به دفعات مکرر موجب کاهش شنوایی شده که می‌تواند برعکس باشد (استون، ۱۹۹۹) در هنگام معاینه بینی، وضعیت، ظاهر کلی، باز بودن سوراخهای بینی، وجود حساسیت، خشکی، خونریزی، ورم، ترشح و یا ترشحات را یادداشت کنید. به فصل ۲۵ جهت اطلاعات اضافی در رابطه با بررسی و شناخت چشمها، گوشها و بینی مراجعه کنید.

مو

بررسی وضعیت مو، مشاهده مو برای حالت، خمیری و چربی آن و مشاهده پوست سر از نظر پوسته پوسته شدن، ضایعات، التهاب یا عفونت، هر نوع موارد غیر طبیعی مثل شوره سر، ریزش مو بررسی شود.

شوره سر[۷]

شوره سر وضعیتی است که با خصوصیت خارش، پوسته پوسته شدن سر که ممکن است عارضه‌ای باشد یا علت آن گرفتاری دیگری باشد، در موارد شدید و مقاوم، معمولاً توجه خاص پزشکی را لازم دارد. شستن روزانه با شامپو و برس زدن و استفاده از شامپوهای طبی، نیاز هست تا شوره سر از بین برود.

ریزش مو

در فرآیند روزانه، رشد و ریزش مو بطور طبیعی ادامه دارد، ریزش مو از بافتن محکم شانه زدن و برخلاف رویش مو شانه زدن و استفاده از وسایل پیچیدن مو و فرم بخشیدن به آن بطور موقتی

1- Gingivitis
2- Pyorrhea
3- halitosis
4- Stomatitis
5- Glossitis
6- cheilosis
7- dandruff

به وجود می‌آید و هر زمان که فشار بر ساقه موبرداشته شود ریزش متوقف می‌گردد. بعضی افراد به تجربه دریافته‌اند که ریزش مو در نتیجه بیماری با تب بالا، مصرف داروهای خاص، درمان با اشعه ایکس بر روی سر، زایمان و یا بیهوشی عمومی رخ می‌دهد. بعضی افراد بر این باورند که دریافت زیاد ویتامین A ممکن است در ریزش مو، نقش داشته باشد. بعضی‌ها معتقدند که نازک شدن دائمی مو بطور طبیعی با بالارفتن سن همراه است.

از دست دادن موی سر را به عنوان طاسی، آلوپسی می‌گویند. آلوپسی در مردان شایع است اما در زنان به ندرت می‌باشد و این باور وجود دارد که ارثی باشد. درمانی برای طاسی شناخته نشده است. گرچه بعضی داروها بطور معمول استفاده می‌شوند و توسعه یافته‌اند. برای مثال مینوکسیدیل[1] (روگین) یک داروی قلبی ـ عروقی و ضد فشار خون در بعضی درجات طاسی به کار می‌رود. بعضی افراد مبتلا به طاسی از کلاه گیس استفاده می‌کنند که مراقبت از آن مانند موی طبیعی است، اما نیاز به شستشوی کمتری دارد.

پیوند مو یک روش جراحی برای درمان طاسی است. مو معمولاً از قسمت دیگر سر، از پشت یا اطراف سر برداشته می‌شود و در قسمت‌های بی مو کاشته می‌شود. این روش طولانی و گران است اما گزارش شده که برای افرادی که این مسئله از لحاظ روانی برای آنها ناخوشایند است تصمیم مفیدی می‌باشد. عارضه آن شامل عفونت شدید پوست سر است.

آلودگی به شپش

آلودگی به شپش را پدیکولوزیس گویند. سه نوع شپش وجود دارد: پدیکولوس هیومنوس کاپی تیس که پوست سر و مو را آلوده می‌کند، پدیکولوس هیومنوس کورپوریس[2] که شپش بدن است و پدیکولوس فیتروس پوبیس[3] که موهای کوتاه بدن را آلوده می‌کند که معمولاً موهای زیر بغل و زهار می‌باشد. تخم شپش که رشک نامیده می‌شود، در ساقه مو قرار می‌گیرد که به رنگ سفید یا خاکستری روشن و شبیه شوره سر می‌باشند که بوسیله شانه کردن از روی موها کنده نمی‌شوند، خارش مکرر و ایجاد خراش روی پوست بدن و سر نشانه وجود شپش است. گرچه هرکسی ممکن است مبتلا به شپش شود ولی معمولاً افراد آلوده به آن، رعایت بهداشت و پاکیزگی را نمی‌کنند. شپش بطور مستقیم توسط تماس با فرد آلوده و یا بطور غیر مستقیم توسط استفاده از لباس، ملافه و شانهٔ فرد آلوده منتقل می‌گردد. آموزش به بیماران بخصوص بچه‌ها، در عدم استفاده از وسایل شخصی یکدیگر راه خوبی برای پیشگیری از انتقال آن است. ملافه‌ها و وسایل شخصی فرد آلوده به شپش را باید با دقت جابجا نمود تا از انتقال آن از فردی به فرد دیگر پیشگیری شود.

داروهای مختلف از بین برنده شپش برای درمان آلودگی با شپش در دسترس می‌باشد که هم شپش و هم رشک را از بین می‌برند. برای از بین بردن کلیه رشکها باید درمان چندین بار تکرار شود. نوع داروی از بین برندهٔ شپش و روش درمان، در بیمارستانهای مختلف، متفاوت است. تراشیدن موهای آلوده بخصوص موهای زهار و زیر بغل که ایجاد ناراحتی می‌کند لازم است. شریک‌های جنسی باید در همه موارد در جوامع عمومی مورد توجه واقع شوند.

به یاد آورید کی لی سیمسون، بچه سن مدرسه را با شپش سر، پرستار نیاز هست که با او و پدرش در مورد روشهای انتقال شپش به دیگران صحبت کند، بعلاوه پرستار لازم است که نحوهٔ تماس با کلی لی و مواظبت از وی را به پدرش آموزش دهد، زیرا تماس با آلودگی را افزایش می‌دهد. همچنین باید دربارهٔ استفاده صحیح از داروهای از بین برندهٔ شپش به پدر او آموزش داده شود. در این زمینه، اطلاع رسانی و حمایت توسط پرستار می‌تواند در کاهش ترس، اضطراب و احساس شرمندگی و خجالت پدرش کمک نماید.

کنه‌ها[4]

کنه‌ها، بدلیل اینکه می‌توانند بیماریهای بعدی مانند لایم[5] و تب کوه راکی[6] و تولارمی[7] را انتقال دهند، مهم هستند. انتقال این بیماریها، در صورتی که بین ۲۴ ساعت بعد از چسبیدن از بین برده شود می‌تواند کاهش یابد. برای خارج کردن کنه، ماشین مکنده بسته روی پوست فیکس نموده و سپس بسرعت کشیده شود تا کنه‌ها کنده شوند (پاتولدین ۲۰۰۳). بلافاصله کنه‌ها را خارج نموده و جای گزش آن را با محلول ضد عفونی پاک کنید.

مراقبت از پا و ناخن

ناخنها را از نظر سلامت و پاکیزگی معاینه کنید. برگشت خون مویرگی به بستر ناخن را یادداشت کنید. ناخن را برای قرمزی، تورم، خونریزی، ترشح و حساسیت و پاها را از نظر تمیزی و

1- Minoxidil (Rogaine)

2- Pediculus Humanns corporis

3- phitirus pubis

4- Ticks

5- Lyme

6- Rocky mountation

7- Tularemia

سلامت پوست بررسی کنید و هرگونه ورم، التهاب، ضایعات، حساسیت یا مشکلات ارتوپدی را یادداشت کنید. پوست بین انگشتان را به دقت معاینه کنید. به فصل ۲۵ جهت اطلاعات اضافی در مورد روشهای بررسی پاها و ناخن رجوع کنید.

نواحی پرینه و واژن

اندام تناسلی مرد از نظر ضایعات، ورم، التهاب، خراشیدگی، حساسیت و ترشح (مقدار، رنگ، بو و منبع) و اندام تناسلی زن (ناحیه زهار، لبهای واژن، کلیتوریس، مجرای ادرار و پرینه) را از نظر رنگ، اندازه، ضایعات، توده، ورم، التهاب، خراشیدگی، حساسیت و ترشح (مقدار، رنگ، بو و منبع) معاینه کنید. ناحیه مقعد را از نظر شقاق، ندول، برجستگی وریدها، تودهها یا پولیپها مشاهده کنید. هرگونه بو را در پرینه یادداشت کنید. به فصل ۲۵ جهت اطلاعات اضافی در مورد بررسی پرینه رجوع کنید.

تشخیص پرستاری

بررسی و شناخت دقیق پوست و غشاء مخاطی و سایر نواحی بدن تعیین کننده مشکلات متعدد بیمار است که می‌توان به عنوان تشخیص‌های پرستاری طبقه‌بندی نمود. مشکلات مربوط به کمبود مراقبت بهداشتی به عنوان کمبودهای مراقبت از خود دسته‌بندی می‌شود. تشخیص کمبود مراقبت از خود چهار فعالیت ویژهٔ ضروری را برای برآورده کردن نیازهای روزانه عنوان می‌کند که عبارتند از: تغذیه، حمام کردن و بهداشت، لباس پوشیدن و آراستن و عمل دفع. تعیین علت صحیح مشکلات اهمیت دارد. اگر بهداشت ناقص باشد به دلیل نداشتن آگاهی است که آموزش بهداشت ممکن است سریعاً مشکل را جبران نماید. در هر حال، اگر فرد اولوت را در امر بهداشت رعایت نکند و یا توانایی جسمی برای انجام اقدامات بهداشتی نداشته باشد، این مشکلات باید قبل از آموزش بهداشت تعیین گردند تا آموزش بتواند مؤثر باشد. مثالهای تشخیصهای پرستاری در رابطه با مشکلات پوست و بهداشت در جدول تشخیصهای پرستاری NANDA مشخص گردیده است.

در موقعیت خاص یک تشخیص پرستاری خوب ممکن است مناسب باشد، بطوری که بیمار را به سوی افزایش سطح آگاهی از سلامتی و تندرستی پیشرفت دهد. مثالی از یک تشخیص پرستاری خوب ممکن است مورد زیر باشد: رفتارهای کمک جویانه بهداشتی در رابطه با اعمال بهداشت دهان.

جمع‌آوری اطلاعات در طول بررسی و شناخت ممکن است منجربه تعیین مشکلات همراه شود. برای مثال بیماری که شیمی درمانی از طریق ورید دریافت می‌کند، خطر عارضه فلبیت را به همراه دارد. بنابراین پرستار در هر نوبت‌کاری محل تزریق را باید چک نماید. بعلاوه، دقت در آماده کردن و تجویز دارو طبق آگاهی‌های کارخانه دلروسازی و با پیروی از برنامه مشخص تزریق وریدی و بررسی و شناخت مداوم، کلید کمک در کاهش خطر فلبیت هستند. چنانچه قرمزی، گرما حساسیت یا ورم بروز نمود. بلافاصله باید اقدامات کمکی انجام شود. همینطور پرستار ممکن است هنگام حمام دادن بیمار متوجه یک خال باکنارههای نامنظم ۱/۵ سانتیمتری در پشت او شود. گزارش این یافته به پزشک موجب تشخیص به موقع و زود و درمان موفقیت‌آمیز در تشخیص یک ملانومای بدخیم شود.

برنامه‌ریزی و تعیین برآیند

برنامه‌ریزی مراقبت پرستاری، اقدامات پرستاری را که به بیمار جهت توسعه در برقراری اعمال بهداشتی کمک می‌کند، تعیین می‌نماید که این اقدامات موجب احساس خوب بودن و سلامتی می‌گردد. برآیندهای مورد انتظار مناسب و صحیح شامل موارد زیر است بیمار باید:

- احساس راحتی و تمیزی را بیان کند.
- بطور کامل در اقدامات بهداشتی ضروری بر طبق توانائیهای شناختی، حسی، حرکتی و میزان تحمل شرکت نماید.
- سلامت پوست و غشاء مخاطی را حفظ نماید.
- در صورت لزوم اقدامات مراقبتی صحیح پوست مانند مراقبت دهان، مراقبت چشم‌ها، گوشها و بینی، مراقبت ناخن و پا و مراقبت واژن و پرنیه را به وضوح انجام دهد.
- علائم التیام ضایعات پوستی را شرح دهد (دهان، پوست سر و یا پرینه)
- لبها، مخاط دهان، لثه‌ها و زبان سالم باشد، مرطوب و عاری از ضایعات و التهاب باشد.
- اهمیت استفاده از فلوراید و معاینات منظم دندان را بیان نماید.
- عملکرد سالم چشمها، گوشها و بینی را بیان نماید.
- چشمها و گوش‌ها و بینی سالم و ظاهر تمیز داشته باشند.
- مراقبت و استفاده مناسب از وسایل کمک شنوایی و بینایی (سمعک و عینک) را توضیح دهد.
- رضایت از ظاهر خود را بیان نماید.
- بر حسب توانایی در مراقبت از پوست سر و مو، شرکت نماید.
- ناخنها سالم، تمیز و بدون ضایعه باشد.
- پوست پاها سالم، صاف و بدون ضایعه و تمیز باشد.
- مشکلات پا، فقدان یا اختلال در ناخنها نداشته باشد (خصوصاً پینه، میخچه، زگیل، کف پا، رشد ناخن در گوشت، اختلال پا ناشی از ورزش)

آموزش ارتقاء بهداشت در خانه ۱ـ۳۷

اقدام برای شپش سر

موضوع بهداشتی	محتوی پیشنهاد	چرا مهم است؟
چـه کسی در معرض خطر شپش سر قرار دارد؟	بچه‌های ابتدایی و سنین مدرسه و آمادگی (سنین ۱۰ـ۳ سالگی) و خانواده‌های آنها و هر کسی که با آنها تماس داشته باشد. هر کسی که شپش دارد می‌تواند عفونی باشد. آمریکایی‌ها کمتر با شپش سر عفونی می‌شوند.	هر کسی می‌تواند عفونی شود ارتباط به وضعیت اجتماعی و اعمال بهداشتی دارد.
چگونه می‌توانید با شپش سر عفونی شوید؟	در فضای بسته با هر کسی که شپش دارد، شراکت در شانه سر، کلاه، لباس، کتب یا دراز کشیدن در تخت، بالش، کالسکه و فرش کسی که شپش سر دارد یا بغل کردن حیوان خانگی کسی که شپش دارد.	یک راه پیشگیری از پخش شپش اجتناب از شانه و لباس فردی که به شپش آلوده است و افرادی که خارج از اعضای خانواده هستند.
چگونه علائم و نشانه‌های شپش سر مشخص می‌شود؟	احساس غلغلک روی سر، خارش، زخم روی سر بعلت خراشیدن، دیدن شپش مخصوصاً پشت گوش‌ها و نزدیک خط گردن در پشت گردن	توجه سریع به شپش و هرچه زودتر ریشه کن شود
چگونه شپش سر درمان می‌شود؟	داروی از بین برنده شپش سر را طبق دستور کارخانه داروسازی بطور ببرید. همه لباسها و ملافه‌های تخت، با آب داغ در ماشین لباسشویی شسته شود. و با گرمای زیاد حداقل ۲۰ دقیقه خشک شود. اگر در کمد لباسها و سایر وسایل که قابل شستشو نیستند جانور دیده شد، دو هفته در کیسه پلاستیکی قرار داده شوند و به همه برسها برای ۱ ساعت الکل مالیده شود و کف اتاق و مبلها با وکیوم شسته و خشک گردد.	تمام شپش سر باید کشته شود یا از بین برده شود و یا از ایجاد شدن مجدد آن جلوگیری شود.

اجرا

پرستار، هنگام اجرای اقدامات بهداشت عمومی، علائق شخصی بیمار را باید در نظر گرفته و به بیمار فرصت داده و تشویق نماید که تا جائی که ممکن است نیازهای مراقبت از خود را به جهت خصوصی بودن آن و پیشبرد سلامت جسمی و روحی برآورده نماید. قسمت‌های بعدی در مورد اقدامات بهداشت عمومی که شامل تهیه برنامه مراقبت، کمک به حمام کردن، ماساژ دادن، درست کردن تخت و مرتب نگهداشتن محیط و آموزش به بیمار در مورد مراقبت پوست می‌باشد.

تهیه برنامه مراقبتی بهداشتی

زمانی که بیماران د ربهداشت فردی، نیاز به کمک پرستاری دارند، مهم است که این برنامه مراقبت در فواصل منظم انجام گیرد. در بیشتر بیمارستان‌ها و برنامه‌های مراقبتی درازمدت، انواع مراقبت بهداشتی زیر انجام می‌شود که بصورت انفرادی و برطبق علائق و فرهنگ شخصی بیمار است.

بخاطر بیاورید اندرو کریج را، مرد مسنی که در مرکز مراقبت طولانی مدت برای گرفتن حمام کامل آماده می‌شد. پرستار در حقیقت باید نیاز مراقبتی وی را تعیین نماید، اگر نیاز نداشت پرستار باید اطلاعات اضافی در مورد اظهار بیمار بدست آورد. شاید بیمار خیلی خسته باشد یا دوست نداشته باشد که برای مراقبت کمک شود. این اطلاعات اساس برنامهٔ مؤثر مراقبت از بیمار است.

مراقبت صبح زود

زمانی کوتاه بعد از بیدار شدن چنانچه ضروری است، به بیمار جهت توالت رفتن کمک نموده و سپس اقدامات جهت راحتی و سرحال شدن بیمار به منظور آماده نمودن او برای صبحانه فراهم گردد (یا انجام آزمایشات تشخیص) اقدامات پرستاری شامل شستشوی صورت و دستها و مراقبت دهان می‌باشد. در صورت نیاز، وسایل ضروری را برای مراقبت صبحگاهی می‌توان در این مدت مرتب نمود.

مراقبت صبحگاهی

بعد از صبحانه پرستار، مراقبت صبحگاهی را تکمیل می‌کند. بسته به توانائیهای مراقبت از خود در بیمار، پرستار، کمک در توالت رفتن، مراقبت دهان، حمام کردن، ماساژ پشت، اقدامات ویژه مراقبت از پوست (نظیر زخم فشاری)، مراقبت مو (شامل تراشیدن موها اگر لازم باشد)، آراستن، پانسمان کردن و تغییر وضعیت جهت راحتی را به بیمار پیشنهاد می‌کند. در صورتی که بیمار میل به اراستن داشته باشد، آرایش در بیماری که ناخوش است روحیه وی را تقویت می‌کند. خط مشی مؤسسه (بیمارستان) پیروی از مرتب یا تعویض کردن ملافه‌های تخت و مرتب کردن اطراف تخت بیمار است. زمانی که مراقبت صبحگاهی کامل شد. بیمار باید رفع خستگی نموده و احساس کند که در محیط امن و راحت می‌باشد. مراقبت صبحگاهی اغلب تحت عنوان مراقبت از خود، مراقبت مختصر یا مراقبت کامل، توصیف شده است. بیمارانی که از خود مراقبت می‌کنند، قادر هستند بدون وابستگی

نمونه‌هایی از تشخیص‌های پرستاری NANDA	بهداشت
تشخیص‌های پرستاری	**عوامل مرتبط**
کمبود مراقبت از خود بهداشتی / حمام کردن	کمبودهای حسی، شناختی، تحمل، حرکتی و انگیزه باضافه اینکه برای مسواک زدن، نخ دندان و معاینات دندان بطور منظم ارزش کمی قائل هستند.
درد	تغییرات پوست و غشاء مخاطی
تطابق غیر مؤثر	مشکلات مزمن پوست
تأمین غیر مؤثر بهداشتی (نظیر بیماری لثه، بوی بد دهان)	کمبود اعمال بهداشتی دهان
کمبود دانش	روشهای جدید درمان برای ادارهٔ تغییرات پوست و غشاء مخاطی
اختلال در تحرک جسمی	وضعیت دردناک پا (پینه، میخچه، زگیل کف پا)
اختلال در غشای مخاطی دهان	بهداشت ناکافی دهان، استوماتیت، سوء تغذیه یا کم آبی
خطر عفونت	شکستگی پوست یا بافت صدمه دیده، صدمه بافت مخاطی دهان و ثانویه به دفاع ناکافی، صدمه به ریشه ناخن یا کمبود مراقبت از پا و ناخن
اختلال درتصویر ذهنی	اختلالات قابل مشاهدهٔ پوشش طبیعی بدن، بوی نامطبوع بدن، افتادگی دندان‌ها، بوی بد دهان، پوسیدگی دندان، طاسی
الگوی غیر مؤثر جنسی	ترس از بیماری مقاربتی یا انتقال بیماری جنسی و ضایعات دردناک پرینه
اختلال در یکپارچگی تمامیت پوست	تغییر در گردش خون،کاهش یا افزایش آب و غذا، اختلال حرکت محرکهای (شیمیایی، گرمایی، مکانیکی و اشعه) پارگی پوست سر (بانداژ سر)، خارش شدید، عدم کنترل ادرار و مدفوع
خطر اختلال در تمامیت پوست	محدودیت جسمی، بی حرکتی، استفاده از وسیله آب گرم، کم آبی، عدم کنترل ادرار و مدفوع
اختلال در تعامل اجتماعی	تصویرذهنی منفی(نظیر آکنه، آلوپسی [طاسی]) و اختلال بینایی یا شنوایی، قرمزی و حساسیت حفره‌دهان
اختلال در تمامیت بافتها (نظیر قرنیه، غشاء مخاطی، پوشش طبیعی بدن یا بافت زیر جلدی)	تغییر در گردش خون، افزایش یا کاهش مایعات و غذا، اختلال در حرکت محرکهای (شیمیایی، گرمایی، مکانیکی و اشعه)
درد	زخم دهان ناشی از شیمی درمانی، میخچه، پینه، زگیل انگشتان و کف پا رشد ناخن و فرورفتن آن در گوشت پا
عدم تعادل در تغذیه: کمتر از نیاز بدن	ضایعات دردناک دهانی (بیماری، التهاب لثه و مناسب نبودن دندانهای مصنوعی)
اختلال در غشاء مخاطی دهان	کمبود آب و الکترولیت (بهداشت غیر مؤثر دهان ـ تجویز دارو)
اختلال در درک حسی (بینایی، شنوایی یا بویایی)	تنیدگی روانی
تأمین غیر مؤثر سلامتی	اختلال در درک (بینائی یا شنوایی)
ترس	کاهش ناگهانی بینایی یا شنوایی
پیش بینی غم و غصه	افزایش اختلال بینایی یا شنوایی
خطر ایجاد صدمه	اختلال بینایی

بهداشت شخصی را با یکبار آشنایی یا حمام انجام دهند به این بیماران باید پیشنهاد ماساژ پشت داده شود و وقت پرستار به منظور بررسی و شناخت نیازهای روزانه آنها صرف می‌شود. بیمارانی که مراقبت مختصری می‌شوند اکثراً مراقبت بهداشتی صبحگاهی را در کنار تخت یا روی صندلی نزدیک به دستشویی حمام می‌گیرند و معمولاً نیازمند کمک برای بخشی از بدن که دسترسی به آن مشکل است، دارند. در مراقبت کامل، بیماران در همه جنبه‌های بهداشت شخصی به کمک پرستار نیاز دارند. حمام کامل در تخت داده می‌شود یا بیمار برای دوش یا وان به حمام برده می‌شود.

مراقبت بعد از ظهر

چون که بیماران بستری در بیمارستان، به دفعات در بعد از ظهر یا عصر ملاقات کننده دارند یا زمانی که برنامه درمانی یا آزمایشات ندارند، در این وقت استراحت می‌کنند. پرستار باید از راحتی بیمار بعد از ناهار مطمئن باشد و به بیمارانی که قادر به حرکت نیستند برای توالت رفتن، شستن دستها ومراقبت دهان به آنها پیشنهاد کمک نماید. صاف کردن ملافه‌های تخت و کمک کردن به بیماران جهت تغییر وضعیت آنها به راحتی، سایر اقدامات مطلوب پرستاری هستند.

مراقبت قبل از خواب

لحظاتی قبل از خواب، پرستار مجدداً پیشنهاد کمک به بیمار در توالت رفتن شستشوی صورت و دستها و مراقبت دهان می‌دهد. زیرا در بسیاری از بیماران، ماساژ پشت به آنها آرامش داده و در به خواب رفتن آنها کمک می‌کند، که باید بصورت معمول این کار پیشنهاد شود. لباسها یا ملافه‌های کثیف تخت باید تعویض و بیمار در وضعیت راحتی قرار گیرد. زنگ اخبار و هر وسیله‌ای که بیمار می‌خواهد (نظیر لوله ادرار، رادیو، لیوان آب) باید به اسانی در دسترس اول باشد.

مراقبت در مورد لزوم

علاوه بر مراقبت برنامه‌ریزی شده، پرستار در مواقع نیاز فردی، اقدامات بهداشتی را پیشنهاد می‌کند. بعضی از بیماران به مراقبت بهداشت دهان هر دو ساعت نیاز دارند. بیمارانی که دچار تعریق شدید هستند، ممکن است نیاز به تعویض لباس و ملافه‌ها، چندین بار در هر نوبت کاری، داشته باشند. در بعضی مواقع، پرستار ممکن است تصمیم بگیرد که اقدامات بهداشتی را مقدم دانسته، زیرا نیاز بیمار به استراحت بدون نگرانی، برتری دارد.

کمک کردن در حین استحمام

از حمام کردن اهداف مختلفی است که شامل موارد زیر است:

- پوست را تمیز می‌کند.
- به عنوان تجدید حالت پوست عمل می‌کند.
- در آرامش شخص بی قرار کمک می‌کند.
- گردش خون را از طریق تحریک انتهای اعصاب محیطی پوست و بافتهای زیرین آن اصلاح می‌کند.
- به عنوان ورزش دستگاه اسکلتی، عضلانی عمل کرده، فعالیت به هنگام استحمام موجب بهبود حرکت مفاصل و انقباض و انبساط ماهیچه‌ها می‌شود.
- محرک تعداد و عمق تنفس است.
- از طریق شل شدن عضلات و تحریک پوست ایجاد راحتی می‌کند.
- دریافت حسی را در فرد فراهم می‌کند.
- به بهبود تصویر ذهنی از خود کمک می‌کند.
- فرصت بسیار خوبی برای برقراری ارتباط قوی بین بیمار و پرستار، جهت مشاهده با دقت در وضعیت روحی و جسمی بیمار، آموزش و نمایش مراقبتهای پرستاری در صورت لزوم و در آسایش کلی بیمار نقش دارد. حمام کردن یک عمل ساده و یک اقدام مراقبتی و حیاتی است. اخیراً این اقدام مراقبت اولیه شخصی، نسبتاً بیشتر به یک عضو غیر حرفه‌ای بیمارستان واگذار شده است تا به پرستار حرفه‌ای. پرستار حرفه‌ای وظیفه دارد که بیشتر فرصتهایش را جهت اقدامات درمانی افراد صرف کند. گرچه اقدامات بهداشتی بطور فزاینده‌ای که تحصیلات دانشگاهی ندارند انجام می‌شود. پرستار مسئولیت دارد که از انجام این اقدامات بصورت رضایت بخش مطمئن شود. به فصل ۱۵ که در مورد تعداد مسئولیتهایی که پرستار انجام می‌دهد، بحث شده است، رجوع کنید. پرستاران اولین کسانی هستند که به بیمار توجه دارند، از او مراقبت می‌کنند. از طرف دیگر آنها با به کار بردن مهارت و دانش و حساسیتی که برای برآورده کردن نیازهای بیمار دارند می‌توانند مراقبت مطلوب از بیمار انجام دهند (هکتور و تاهی)[1]

حمام با دوش و وان

حمام کردن افرادی که در بیمارستان بصورت سرپایی و یا بستری هستند، به روش وان یا دوش به انتخاب فرد است. اگرچه اکثر بیماران بیشترین قسمت این کار را خودشان انجام می‌دهند، با وجود این پرستار مسئولیتهای زیر را به عهده دارد:

- حمام را از نظر قابلیت دسترسی، تمیزی و امنیت کنترل کنید. دوش یا وان باید پوششی عاج‌دار جهت جلوگیری از سر خوردن داشته باشد تا از افتادن بیمار پیشگیری شود.
- از قابل دسترس بودن وسایل ضروری مانند صابون، لیف، حوله و یک گان برای بیمار مطمئن باشید.
- برای بیمارانی که ضعف دارند و یا ناتوانی جسمی دارند برای نشستن در زیر دوش محلی را فراهم نمائید. بیشتر بیمارستان‌ها، صندلی یا چهارپایه در دوش قرار می‌دهند. دوش‌هایی که دسته دارند، حمام کردن را آسان می‌کنند. بعضی پرستاران گزارش کرده‌اند که صندلی‌هایی که جای لگن دارند مؤثرتر از صندلی یا چهارپایه زیر دوش هستند و بیمار را بیشتر حمایت می‌کنند.
- بیمارانی که راه رفتن را شروع کرده‌اند، اغلب نیاز به کمک جهت پیشگیری از افتادن و یا غش کردن دارند، در این صورت به بیمار در حمام کردن کمک کنید.
- درجه حرارت آب را برای اطمینان از امن و راحت بودن آن کنترل کنید. آب ۴۶-۴۳ درجه سانتیگراد (۱۱۵-۱۱۰ درجه فارنهایت) باشد. درجه حرارت پائین‌تر برای بچه‌ها و بیماران پیر توصیه شده است.
- در صورت لزوم به بیمار در داخل و خارج شدن از وان کمک کنید و به بیمار بگویید که دستگیرهٔ میله‌ای کنار وان را بگیرد و

1- Hektor & touhy

از دید یک دانشجو

من با احساس ترس وارد اتاق بیمار شدم. چگونه ممکن بود بتوانم زن پیر، ناتوان بیماری را که روی تخت بیمارستان دراز کشیده شستشو دهم؟ هیچوقت کسی را بالاتر از دو سال حمام نکرده بودم. البته غیر از خودم. چگونه قادرم بدن لرزان به ظاهر بی جان پیر او را حرکت دهم؟ بدن پیر ۸۵ ساله چگونه به نظر می‌آید؟ نمی‌توانستم تصور کنم. تمام کتابهایی را که در مورد این روش توضیح داده شده بود مطالعه کرده بودم. می‌دانم چه کار کنم، پس چرا اینقدر عصبی هستم؟ باید از صدمه زدن به او در بعضی کارها نگران باشم! ممکن است بهداشت او خوب نباشد و قبلاً به طرز صحیح مراقبت نشده باشد. خوب، با خود گفتم من باید به خوبی از عهده انجام این کار برآیم، زیرا تا آخر عمرم باید انجام دهم. باید بعضی وقتها یاد بگیرم به خودم جرأت بدهم که وارد اتاق بیمارم شوم. میشل پرستار اولیه او به من پیشنهاد کمک می‌دهد چون حرکت دادن بیمار خیلی مشکل است. پسر، کمکم کنید! درست قبل از اینکه من و میشل شروع به کار کنیم، بیمارم خانم اش[1] در مورد دندانش سؤال کرد. گمان می‌کنم این سؤال او به این معنی بود که به او اطمینان دهم که دندانهای او را ندیده‌ام. در جواب گفتم که آنها را ندیده‌ام. اما به زودی بعد از اتمام حمام، آن را پیدا خواهیم کرد و خوشحال خواهد شد. من و میشل هریک، در یک طرف شروع به حمام دادن او نمودیم. واقعاً شگفت‌آور است که چگونه ورزش دامنه حرکات مفصلی به آسانی به فکرم رسید. تصور می‌کردم با گذشت یک ترم، فراموش کرده‌ام. مربیان من حالا دوست ندارند که حرف مرا بشنوند! ناگهان خانم «اش» می‌گوید: «من به لگن نیاز دارم» «او نه»! من فکر کردم. همینطور با دستهای دستکش پوشیدهٔ صابونی عجله کردم و با زحمت زیاد سعی کردم قبل از اینکه اتفاقی بیفتد به محل لگن او برسم. میشل کسی بود که وقتی من آشفته بودم، آرام ماند و به سادگی گفت: ناراحت نباش، من همیشه او را حمام می‌دهم، یک سند داردکه ثابت است. من می‌دانستم که او یک سنددارد، چطور فراموش کردم؟ تا اندازه‌ای فروتنی کرده و برگشتم به روش کار. من واقعاً خواستم مقداری لوسیون روی پوست او بمالم چون خیلی پوستش خشک بود. وقتی که آماده شدم که پشت او را بمالیم حاضر شدیم که او را بلند کنیم. من او را به طرف خودم کشیدم و میشل شستشو را ادامه داد. ما برای آنچه که در زیر او دیدم، آماده نبودیم. در زیر باسن چپ خانم «اش» چیز دیگری بیشتر از دندانش نبود که بطور محکم به آنجا چسبیده بود! با برداشتن دندان، من و میشل لبخند زدیم که چطور روی باسن بیمار علامت گذاشته بود. میشل، سپس از او پرسید که چگونه دندان او در جائی افتاده که ما آن را پیدا کردیم در حالی که می‌دانست به دندان عقبی در دهانش فوراً احتیاج داشت! او دندانش را از دست میشل قاپید و سعی کرد آن را داخل دهان بگذارد. میشل و من هماهنگ با هم بدون فکر آن را از دهانش درآوردیم و گفتیم: «نه خانم اش» صبر کنید تا آن را تمیز کنیم قبل از اینکه آن را در دهان بگذارید!» خانم اش، همینطور گیج و با حالت حسرت دستش را روی دندانش برد تا تمیز شود. زمانی که من حمام دادن را تمام می‌کردم، میشل این کار را برای او انجام داد. دانشجوی پرستاری می‌گوید: پاکیزگی چه واقعه‌ای می‌تواند ایجاد کند، چه برای من و چه برای بیمار، پس از اتمام کار احساس خوبی داشتم که خانم اش تمیز بود و من از عهدهٔ این کار برآمده بودم و فکر می‌کردم که نگران بودم! این قطعاً یک تجربهٔ جالب و آموزنده بود.

کالج هابی فامیلی فیلادلفیا، جانسون مارلین

یا یک صندلی در کنار وان قرار قرار دهید که بیمار روی آن بنشیند و خود را بطرف لبه وان ازاد کند، سپس هر دو پا را به داخل وان قرار دهد که در این حالت برای او رسیدن به لبهٔ دیگر وان آسان شده و خود را به داخل وان بکشد. ممکن است بیمار، ابتدا در وان زانو بزند و سپس در آن بنشیند. به همین روش بیمار می‌تواند از وان خارج شود. در صورتی که بیمار سنگینی وزن و یا ناتوان باشد، می‌توان از بالابر هیدرولیکی در صورتی که در دسترس باشد برای خارج یا داخل کردن بیمار در وان استفاده کنید.

- برای بیمارانی که وابسته نیستند و خودشان می‌توانند دوش بگیرند یا حمام بروند، محیط خلوت آماده کنید و از امنیت آن مطمئن باشید. زنگ اخبار دردسترس او بگذارید و مطمئن باشید که بیمار می‌تواند در صورت لزوم توسط آن کمک بگیرد.
- درب حمام نباید قفل باشد تا افراد گروه بهداشتی بتوانند در مواقع نیاز بیمار، به راحتی وارد حمام شوند. نصب علامت «اشغال» بر روی درب حمام، محیط خصوصی بیمار را مطمئن می‌سازد. هرگز کودکان را نباید در حمام تنها گذاشت.
- در شستن و خشک کردن قسمت‌هایی از بدن بیمار که به آن دسترسی ندارد مانند پشت، به او کمک کنید. اگر بیمار با وضعیت خودش تطابق پیدا نکرده و برای مثال با دیدن خودش در آینه دچار بیقراری و ناراحتی و گیجی می‌شود، قبل از بردن او به حمام روی آینه را با پوششی مثل روبالشی بپوشانید (هیلگرز، ۲۰۰۳).

به خاطر بیاورید سونیا دلامورد، زن مسن اسپانیایی را که بعد از سکته به منزل دخترش می‌رود. گرچه مسئولیتهای لیست شده در مورد بیمار در بیمار بستری در بیمارستان کاربرد دارد، ولی پرستار می‌تواند با برنامه آموزشی به دختر خانم دلامور، او را در این مسئولیت‌ها سهیم سازد و از سلامت بهداشتی بیمار اطمینان حاصل نماید.

حمام در تخت

بعضی از بیماران باید به علت یک قسمت از رژیم درمانی خود در تخت بمانند ولی قادر هستند که خودشان حمام کنند. پرستار از چند طریق می‌تواند به این بیماران کمک نماید:

- وسایل حمام را برای بیمار آماده کنید. فراهم نمودن لگن راحت و آبی که درجه حرارت آن مسطمئن باشد. کلیه این وسایل را روی میز کنار تخت و یا میز جلوی تخت بیمار قرار دهید.
- محیط خلوت برای بیمار فراهم کنید و زنگ اخبار را در دسترس او قرار دهید.
- ملافه رویی بیمار را بردارید و به جای آن حوله حمام قرار دهید.

1- Ash



شکل ۲ـ۳۷. اشکالی راکه برای ایمنی بیماری که وان یا دوش می‌گیرد نشان می‌دهد.

- وسایل مورد لزوم را در یک محل راحت در اختیار بیمار قرار دهید مثل آینه، روشنایی مناسب، آب گرم برای بیمارانی که می‌خواهند صورت خود را بهتر بتراشند.
- به بیمارانی که اصلاً قادر به حمام کردن خود نیستند کمک کنید. برای مثال، بعضی از بیماران فقط قادر به شستن قسمت فوقانی بدن خود هستند. کارکنان پرستاری باید قسمت‌های باقی مانده را تکمیل نمایند.

روش حمام کردن بیمارانی که نیاز به کمک کامل پرستار دارند، در هر بیمارستان متفاوت است. مهارت ۱ـ۳۷ به عنوان یک راهنما پیشنهاد می‌شود. به نظر می‌رسد که بیمار قادر به بالا رفتن و پایین آمدن در تخت باشد، گرچه ممکن است در تخت محدودیت حرکت داشته باشد که پرستار می‌تواند او را تنها نگذارد.

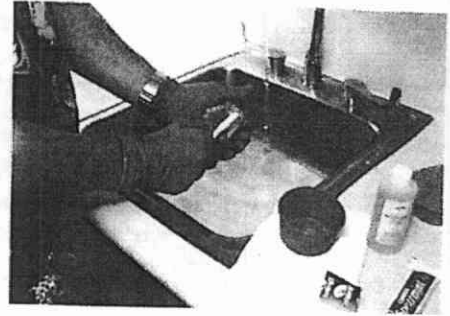
حمام با پوشش (حمام کیسه)[1]

بعضی بیمارستانها استفاده از bag Bath را به عنوان جایگزین حمام در تخت به روش قدیمی، توصیه می‌کنند. این روش مشتمل بر حمام کردن با ۱۰ـ۸ تکه حوله در داخل یک کیسه پلاستیکی است، کیسه حمام، مدت کوتاهی در یک میکروویو[2] (حدود ۱/۵ دقیقه) گرم می‌شود؛ آزمایش کردن گرمای حوله‌ها جهت اطمینان از درجه حرارت مناسب ممکن است لازم باشد. هر قسمت از بدن بیمار با یک حوله تازه تمیز می‌شود و به پوست فرصت داده می‌شود تا خشک شود (حدود ۳۰ ثانیه) بطوری که از یک ترکیب کرم خنک کننده‌ای[3] که برای تمیز کردن به کار می‌رود، روی پوست باقی می‌ماند. بازخورد دربارهٔ این روش خیلی مثبت بوده است. کارکنانی که با این روش حمام داده‌اند، این طور ارزشیابی کرده‌اند که این روش در مقایسه با روش سنتی و قدیمی حمام در تخت، موثر و آسانتر انجام می‌شود. بسیاری از بیماران این روش را خوشایندتر توصیف کرده‌اند. بیمارانی که اختلال جزیی تا متوسط در پوست داشته‌اند، بهبودی وضعیت پوست را با روش حمام کیسه شرح داده‌اند.

مراقبت از دندان مصنوعی

خارج نمودن دندانهای مصنوعی از دهان به مدت طولانی باعث تغییر حالت لثه شده، بنابراین تطبیق دندانهای مصنوعی بر روی لثه‌ها دچار اشکال می‌گردد. در صورتی که به بیمار گفته شده باشد که دندانهای مصنوعی خود را موقع خوابیدن از دهان خارج سازد، یک فنجان یک بار مصرف برای نگهداری آن راحت و مناسب است. دندانهای مصنوعی نباید در دستمال کاغذی گذاشته شوند زیرا به راحتی دور انداخته خواهد شد. توصیه می‌شود که دندانها جهت پیشگیری از خشک شدن و تاب برداشتن در آب نگهداری شود. بیمارانی که دندان مصنوعی دارند، در صورتی که دندانها تمیز باشند، بیشتر دوست دارند که آنها را در دهان خود نگهدارند. اگر بیمار قادر به مراقبت از آنها نیست. پرستار مسئول تمیز کردن آنها است و مواظبت دقیق به هنگام جابجایی آنها به عمل آورد، زیرا بیماران هزینه زیادی را برای دندانهای مصنوعی صرف نموده‌اند، بنابراین شکستن یا گم شدن آنها گران تمام خواهد شد. پرستار وقتی دندانهای مصنوعی را تمیز می‌کند، باید دستکش بپوشد و انها را در دست خود بالای یک ظرف پر از آب و یا در ظرفشویی که با حوله پوشانده شده، نگهدارد (شکل ۳ـ۳۷) که در صورت سر خوردن از دستها، بر روی سطح سفت نیفتد و بکشند. در صورت لزوم یک قطعه گاز ۴×۴ در دست گرفته تا از سر خوردن آن با دستکش جلوگیری شود. دندانهای مصنوعی از جنس پلاستیک هستندو آب داغ ممکن است در آنها تاب ایجاد کرده و کج نماید. استفاده از برس، پودر و یا خمیری که خط روی

1- Bag Bath
2- Microwave
3- Coldcream



شکل ۳ـ۳۷

آن نیندازد، دندانها را می‌توان جهت از بین بردن لک و ریزه‌های سخت شده روی آن در محلولهای تجاری خیس نمود و سپس آبکشی کرد. به بیمار نیز فرصت داده شود که لثه‌ها و زبان را برس زده و دهانش را قبل از قرار دادن دندانهای مصنوعی شستشو دهد.

آموزش بهداشت دهان

مسواک و نخ دندان

مسواک باید کوچک باشد به قدر کافی به تمام دندانها برسد. موهای مسواک باید به اندازه‌ای سفت باشد تا دندانها را تمیز کند ولی نه آنقدر سفت که صدمه به مینا و بافت لثه‌ها برساند. مسواک را باید در فواصل استفاده تمیز و خشک نمود. بیشترین صدمه توسط باکتری بطور مستقیم بعد از غذا خوردن به دندانها ایجاد می‌شود، بنابراین مسواک زدن بلافاصله بعد از خوردن یا اشامیدن ایده‌آل است. زبان را باید همچنین با مسواک تمیز کرد. مسواک‌های اتوماتیک، چه از نوع برقی و چه آنهایی که با باطری کار می‌کنند، در استفاده بسیار راحت هستند و به خوبی مسواک‌های دستی در از بین بردن اثار و پلاک دندانی مؤثر هستند. اسپری‌های آبی در بهداشت دهان مورد استفاده قرار می‌گیرند، ولی اگر با فشار زیاد پاشیده شود، باعث ورود با فشار اضافی به داخل حفره‌های بافت لثه شده و باعث صدمه به آن می‌شود. بنابراین توصیه شده است که استفاده از آن باید با مشورت دندانپزشک باشد. مسواک به فضای بین دندانها، جایی که خرده‌های غذا می‌ماند، نمی‌رسد، بنابراین نخ کشیدن دندان یکبار در روز توصیه می‌شود. این کار نه تنها باعث خارج شدن تکه‌های باقی مانده غذا در فضای بین دندانها می‌شود، بلکه کلنی باکتری را در هم می‌شکند. راهنمای ۱ـ۳۷ روش کشیدن نخ دندان را نشان می‌دهد. خمیر دندان و پودرهای کمکی در فرایند مسواک زدن معمولاً به دلیل طعم خوشایندی که دارند، مسواک زدن را به ویژه در کودکان تشویق می‌کنند. بیشتر گردهای خمیر دندان برای استفاده سالم هستند. اما ممکن است دارای مواد ساینده سخت باشد که روی مینای دندان خراش ایجاد کند، بنابراین توصیه نمی‌شود. نمک یا جوش شیرین ارزانتر از مواد اختصاصی موجود در فروشگاهها است و برای استفاده کوتاه مدت مؤثر است، اما بعلت فقدان فلوراید نباید زیاد استفاده گردد. گردهای خمیردندان شامل فلوراید همراه با قلع است و ضد پلاک دندانی است و شستشو با آنها در کاهش پوسیدگی دندان کمک می‌کند و توسط بسیاری از دندانپزشکان توصیه می‌شود.

دهانشویه‌ها

بوی نامطبوع تنفسی یا بوی بد دهان اغلب بطور طبیعی سیستمیک است. برای مثال بوی پیاز و سیر همراه با هوای تنفسی، از ریه‌ها می‌آید، دفع مواد روغنی توسط دستگاه گردش خون انجام می‌شود و از طریق تنفس دفع می‌شود. محلول دهانشویه نمی‌تواند بوی بد دهان را زمانی که بوها توسط دستگاه تنفس دفع می‌شوند، از بین ببرد. در صورتی که بوی نامطلوب تنفس و دهان ناشی از عدم رعایت بهداشت دهان باشد، شستن بوی بد را کاهش می‌دهد. محلولهای ساخته شده دهانشویه ممکن است کمک کند. در صورت استفاده از محلولهای غلیظ و استفاده مکرر در بیماران ضعیف و ناتوان، ممکن است بافت دهان را صدمه بزنند.

تدارک مراقبت چشمها

بطور طبیعی، چشمها با ترشحات اشک تمیز نگهداشته می‌شوند. به هنگام بیماری، ممکن است، اشک چشم افزایش یابد و چشم مثل شیشه به نظر اید. روشهای زیر، هنگامی که ترشحات چشم افزایش می‌یابد، به مژه‌ها چسبیده و خشک می‌شود و یا خروج ترشحات از چشم‌ها وجود دارد، به کار برده می‌شوند:

- هنگام شستن چشمها دستکش بپوشید.
- برای شستشوی چشم از آب یا سرم فیزیولوژی همراه با گلوله پنبه، تکه کوچک گاز و یا کمپرس استفاده کنید. از محلول اسید بوریک که برای شستشوی‌چشمها معمول بود، توصیه می‌شود که بعلت ایجاد مسمومیت از طریق جذب مخاطی، بمدت طولانی استفاده نشود. چشمها را هرگز با صابون نشوئید، زیرا موجب اثرات تحریکی روی بافت چشم می‌شود.
- بیمار را به طرفی که چشم مورد نظر باید شسته شود قرار دهید تا محلول از روی بینی عبور نکند و چشم دیگر آلوده نشود.

راهنمای مراقبت پرستاری ۱ـ۳۷

نخ کشیدن

- به هنگام نخ کشیدن دندانهای بیمار دستکش بپوشید.
- در حدود ۱/۵ـ۱ اینچ (۲/۵ـ۳/۲۵ سانتیمتر) از نخ را محکم در انگشتان خود نگهدارید.
- نخ را با فشار بین دندانها نفرستید بلکه با جلو و عقب بردن آن در محل مجاورت دو دندان این کار را انجام دهید.
- نخ را با استفاده از انگشتان هر دو دست در مجاورت هر دندان بالا و پایین ببرید تا فضای بین دو دندان کاملاً تمیز شود.
- بطرف بافت لثه پیش بروید ولی نه داخل لثه، زیرا این کار باعث ناراحتی، زخم و یا خونریزی می‌شود.
- نخ را از یک دست به دست دیگر داده و زمانی که قسمتی از نخ سائیده و کثیف شده، رد کنید و قسمت تمیز نخ را استفاده کنید.
- دهان را پس از نخ کشیدن دندانها، به منظور خارج نمودن تکه‌های باقی ماندهٔ غذا و پلاک دندانی بشوئید، همچنین بعد از غذا خوردن، زمانی که نخ کشیدن و مسواک زدن امکان ندارد، دهان را بشوئید.





- گلوله پنبه را با محلول شستشوی مورد نظر آغشته سازید و چشم را از طرف گوشه داخل چشم به طرف گوشه خارجی پلک‌ها بشوئید. این روش از فشار ترشحات خشک شده بر روی مجرای اشکی جلوگیری می‌کند. سوآب پنبه استفاده شده را دور بیندازید.
- شستشوی چشم را ادامه دهید تا تمیز شدن چشم، از هر گلوله پنبه فقط یک بار استفاده کنید.
- بیمار را به پهلوی مقابل بچرخانید و چشم دیگر را نیز به همان روش بشوئید.
- مژه‌ها را با یک دستمال کاغذی یا یک تکه گاز بشوئید و از هر طرف دستمال کاغذی یا تکه گازکوچک، برای یک بار شستشو استفاده کنید.

مراقبت از چشمهای بیمار بیهوش

بیماران مبتلا به کاهش یا عدم رفلکس قرنیه و بیمارانی که پلکهای چشم آنها به درستی بسته نمی‌شوند، به شستشوی مکرر چشمها، حداقل هر ۴ ساعت یکبار، نیاز دارند. اگر چشم مرطوب نگهداشته نشود، زخم قرنیه در اثر خشکی بیش از حد چشم ایجاد شود، اقدامات پرستاری شامل، استفاده از اشک مصنوعی و یا سرم فیزیولوژی به منظور مرطوب نمودن چشم و پوشش محافظتی برای بسته نگهداشتن چشم می‌باشد.

مراقبت از عینک

برای اکثر مردم، عینک ضروری است و هزینه اقتصادی قابل توجهی را به خود اختصاص می‌دهد. پرستار باید جهت جلوگیری از شکستن یا گم شدن آن احتیاط نماید. بیمارانی که نیاز به عینک دارند، باید برای جلوگیری از فشار به چشمها، به پوشیدن آن تشویق شوند. استفاده از لنزهای پلاستیکی، بیشتر از لنزهای شیشه‌ای به دلیل سبک بودن عمومیت دارند. یکی از عیوب لنزهای پلاستیکی، خراش برداشتن آنها است. تمیز کردن عینک، باید در روی سینی که با حوله پوشانده شده، انجام شود که در صورت سر خوردن از دست شکسته نشود و یا خراش برندارد. عینک با آب گرم و صابون و یا هر محلول مورد نظر دیگر تمیز شود. آب داغ ممکن است باعث تاب خوردن قاب عینک و لنزهای پلاستیکی شود. پس از شستن عینک با آب و صابون، باید آن را آب کشید و یا یک پارچه و یا دستمال نرم و تمیز و از جنس کتان خشک کرد. محصولات کاغذی، چون از خمیر چوب درست شده‌اند، برای خشک کردن عینک مناسب نیستند، زیرا باعث خراش شیشه عینک می‌شوند. عینک را نباید با یک پارچه و یا دستمال کاغذی خشک تمیز نمود.

مراقبت از لنزهای تماسی

لنز تماسی یک دیسک کوچک است که مستقیماً روی مردمک چشم را می‌پوشاند. لنز به وسیله فشار ناشی از اشک چشم در محل ثابت می‌ماند. لنزها از نوع نرم و یا سخت هستند. لنزهای سخت قدیمی نسبت به گاز نفوذناپذیر بوده در حالی که لنزهای سخت تازه ساز نسبت به گاز نفوذپذیر بوده و به همین دلیل استفاده از آنها راحتتر است، زیرا اکسیژن از لنز عبور کرده و به قرنیه چشم می‌رسد. لنزهای نرم از مواد پلاستیک هستند که آب جذب کرده و نرم و خم می‌شوند. زمانی که بی آب و خشک شوند، ترد و شکننده هستند و زمانی که در محلول سرم فیزیولوژی گذاشته می‌شود و یا در تماس با اشک باشد، آب جذب می‌کنند و نرم می‌شوند. لنزهای نرم را می‌توان به مدت کوتاه و یا طولانی در چشم باقی گذاشت. لنزهای نرم یک بار مصرف نیز در دسترس می‌باشد. به افرادی که از لنزهای تماسی استفاده می‌کنند باید یادآوری نمود که احتیاط خاصی برای دور نمودن آنها از میکروارگانیسم‌ها انجام دهند، زیرا ممکن است دچار عفونت چشم شوند و طوری بکار ببرند که موجب خراشیدن و یا صدمه زدن به سطح خارجی چشم نشود. قبل از دست زدن به سطح لنز، دستها باید شسته شوند. افراد استفادهٔ کننده از لنز را باید در مورد تحریک چشم در هوای آلوده و مملو از دود آگاهی داد. لنزها نباید با مواد آرایشی، صابون یا اسپری‌های مو در تماس باشند، زیرا باعث تحریک چشم می‌شوند. هر نوع واکنش ناشی از استفاده لنز باید سریعاً به متخصص گزارش گردد. قرنیه، که از بافت همبند سخت ساخته شده، رگ خونی ندارد، اساساً از اکسیژن هوای محیط خارج و اشک، تغذیه می‌شود. نیاز قرنیه به اکسیژن در زمان استفاده از لنز به علت بالا رفتن میزان سوخت و ساز، افزایش می‌یابد. لنزهای سخت را باید قبل از خواب جهت تأمین اکسیژن کافی قرنیه از چشم خارج نمود و بیش از ۱۶ـ۱۲ ساعت نباید در چشم باقی گذاشت. لنزهای نرم طولانی مدت را می‌توان به مدت یک الی ۳۰ روز بر حسب دستورات کارخانه سازنده لنز، در داخل چشم نگهداشت و توصیه شده است که این لنزها حداقل یکبار در هفته باید تمیز شود. لنزهای نرم یک بار مصرف نیز باید بر حسب نوع و کارخانه ساخت گذاشته شوند. نوع جدید لنزهای یکبار مصرف روزانه گذاشته می‌شود. لنزهای انتخابی دیگر شامل لنزهایی است که روز و شب برای هفت روز و یا هنگام بیداری فقط برای ۱۴ روز گذاشته می‌شوند. در صورت مشاهدهٔ علائمی مانند ریزش اشک، درد و قرمزی چشم باید لنزها را از چشم خارج نمود. زمانی می‌رسد که در صورت عدم توانایی بیمار، پرستار لازم است که لنزها را از چشم او خارج نماید، زیرا باقی ماندن لنزها در داخل چشم به مدت طولانی، باعث صدمه دائمی به چشم می‌شود. برای مثال، ممکن است زمانی که پرستار از بیمار بیهوش مراقبت می‌کند، مراقبت از لنزها لازم باشد.

قبل از خارج کردن لنز سخت یا لنزهای نفوذپذیر به گاز، پرستار باید به مرکز لنز روی قرنیه به آرامی فشار وارد کند. از یک وسیله ساکشن در موقعیت اضطراری برای خارج کردن لنز سخت می‌توان استفاده نمود. شکل ۳۷ـ۴ خارج کردن لنز سخت و نرم را نشان می‌دهند. لنزها را باید برای چشم راست یا چپ مشخص نمود زیرا بطور یکسان و برابر ساخته نمی‌شوند. در صورت وجود صدمات چشمی، پرستار نباید سعی در خارج نمودن لنز از چشم بنماید. زیرا خطر صدمهٔ بیشتر وجود دارد.

مراقبت از چشم مصنوعی

بیشتر بیمارانی که دارای چشم مصنوعی هستند، ترجیح می‌دهند که مراقبت از آن را خودشان انجام دهند و وقتی امکان این کار وجود دارد، باید تشویق شوند. وسایل مورد نیاز شامل ظرف کوچک، صابون و آب برای شستن و محلول برای شستشوی پروتز. محلول سرم فیزیولوژی و یا آب ساده را می‌توان برای شستشو بکار برد. اغلب افراد برای تمیز کردن کاسه چشم و اطراف آن روش مخصوص به خود دارند. پرستار در این مورد باید از بیمار سؤال نماید که چگونه این کار را انجام می‌دهد و امکان ادامه همان روش را برای بیمار فراهم نماید. بیمار باید بر روی زمین دراز بکشد که پروتز هنگام خارج نمودن بر روی زمین نیفتد. کاسه چشم قبل از گذاشتن چشم مصنوعی با سرم فیزیولوژی شسته شود. مثال زیر ثبت اقدامات مراقبتی چشم می‌باشد:

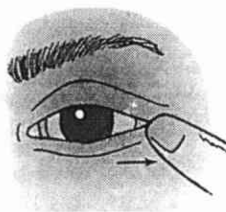
بیمار بیان می‌دارد: «من باور نمی‌کنم که بتوانم از این چشم مراقبت کنم و آن را لمس کنم» او در مراقبت چشم مصنوعی مشارکتی نداشته و باید به بیان مراقبت از چشم مصنوعی تشویق گردد و برای مراقبت از آن کمک شود.

تدارک مراقبت از گوش

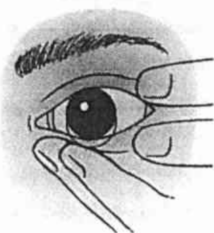
غیر از تمیز کردن گوش خارجی، نیاز کمی به بهداشت معمولی گوش است. بعد از شستن گوشها، باید با حوله نرم به دقت آنها را خشک نمود تا آب و واکس که توسط عمل مویرگها خارج شده، گرفته شود. فشار دادن حوله به داخل گوش و یا استفاده از اپلیکاتور پنبه‌ای ممکن است به تشکیل تجمع موم و بسته شدن مجرای گوش کمک کند. استفاده از سنجاق ته گرد، سنجاق سر، کلیپس کاغذ یا ناخن انگشت برای خارج کردن موم گوش، در نهایت خطرناک است و موجب صدمه و یا سوراخ شدن پرده گوش می‌شود. به مثالهای طبقه‌بندی شده تدابیر پرستاری (NIC) رجوع کنید.



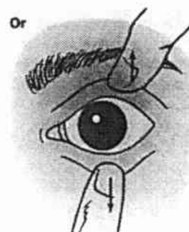
اگر لنز بر روی مرکز قرنیه نیست فشار ملایمی بر پلک پائین به طرف مرکز لنز وارد کنید.



به آرامی گوش خارجی چشم را به طرف گوش بکشید.



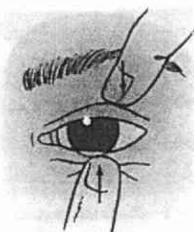
دست دیگر خود را زیر لنز برای برداشتن آن بگذارید و از بیمار بخواهید چشمک بزند.



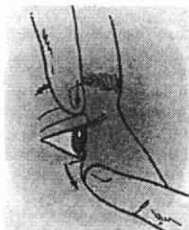
به آرامی دو پلک را در جهت لبه‌های فوقانی و تحتانی لنز باز کنید.



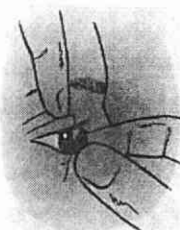
به آرامی پلک تحتانی را به طرف لبه تحتانی لنز فشار دهید.



بعد از اینکه لنز به آرامی به طرف پایین سرازیر شد، دو پلک را بطرف یکدیگر فشار دهید تا موجب شود که لنز بین دو پلک سر بخورد و خارج گردد.



خارج کردن لنزهای نرم
از بیمار بخواهید به روبرو نگاه کند پلک پایین را با یک دست به طرف پایین بکشید و با انگشت اشاره دست دیگر، لنز را به طرف پایین به روی صلبیه چشم فشار دهید.



با قسمت گوشتی و نرم انگشت شست و سبابه لنز را بگیرید و با حرکت پیچشی ملایمی آن را خارج کنید.



چون لنزها برای هر چشم متفاوت است جای هریک را با علامت راست و چپ مشخص کنید. اولین لنزی را که از داخل چشم خارج می‌کنید داخل ظرف محافظ و جای مخصوص خود بگذارید. قبل از خارج کردن لنز دوم که با هم مخلوط و اشتباه نشوند.

شکل ۴-۳۷. خارج کردن لنز سخت

وسیله کمک شنوایی (سمعک)

اگر بیمار وسیله کمکی برای شنوایی استفاده می‌کند، باید باطری آن بطور مرتب کنترل شود و قطعات گوشی و قالب آن باید روزانه با آب و صابون ملایم تمیز شود. صدای صوت از گوشی، زمانی که سمعک در دست است نشان دهنده آن است که باتری بطور مناسب کار می‌کند. به فصل ۲۱ جهت راهبردهای پرستاری که می‌تواند، ارتباط را در بیمار مبتلا به اختلال شنوایی تسهیل نماید، رجوع کنید. اگر شنوایی کاهش یافته و یا از بین رفته بیمار از سمعک استفاده می‌کند، پیشنهادات زیرکه شامل آموزش بهداشت است. ممکن است به بهبود شنوایی کمک کند:

- از مطالعه در مکانهای شلوغ اجتناب شود.
- محلی را که نور زیاد دارد و جایی که آسانتر صورت، لبها و دستهای صحبت کننده دیده می‌شود برای مطالعه انتخاب نمایید.
- دستها را عقب گوش بصورت فنجان درآورید.
- از فرد بخواهید موقع صحبت کردن به صورت شما نگاه کند.
- از فرد بخواهید که صحبت‌ها را تکرار کند اگر برای شما واضح نبوده است و به آهستگی صحبت کند.
- در خریداری وسایل به میدان نوسان آن توجه کنید بطوری که تلویزیون و رادیو را بدون اینکه لازم باشد به طرف صدا بچرخید، بتوانید بشنوید. شکل ۳۷.۵ چند نوع وسیله کمک شنوایی را نشان می‌دهد.

تدارک مراقبت از بینی

بهترین راه تمیز کردن بینی، به آرامی فین کردن است و هر دو سوراخ بینی در حین فین کردن باید باز باشد. بسته بودن یکی از سوراخها خطر فشار بر روی ترشحات شده و به داخل لوله استاش می‌رود. شستشوی بینی به دلیل اینکه ترشحات را با فشار به طرف سینوسها می‌برد ممکن است خطرناک باشد و نباید انجام شود. در صورتی که بخش خارجی سوراخهای بینی، توسط ترشحات خشک شده گرفته باشد با نوعی روغن معدنی و یا روغن دانه پنبه باید نرم نمود و سپس خارج کرد. دستمال کاغذی یکبار مصرف برای دفع ترشحات بینی توصیه می‌شود. با اپلیکاتور پنبه‌ای نیز می‌توان سوراخهای بینی را تمیز کرد. اما با مواظبت زیاد که به مخاط آسیبی نرسد. اپلیکاتور را هرگز نباید داخل سوراخهای بینی فرو برد.

تدارک مراقبت از مو

آراستن مو در بسیاری از فرهنگها وجود دارد، بعلاوه تغییر سبک نیز بین یک فرهنگ از یک دهه به دهه دیگر متفاوت است. در آراستن مو توسط پرستار علائق بیمار باید در نظر گرفته شود.

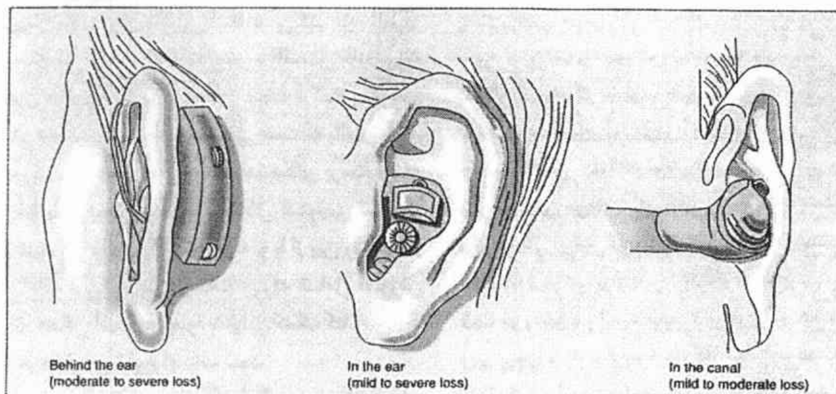
برس کشیدن روزانه مو، هم آن را پاکیزه نگه می‌دارد و هم باعث پخش شدن چربی آن به تمام ساقه مو می‌شود. همین جریان خون در پوست را تحریک می‌کند. شانه زدن موی در هم و بر هم مشکل است، اگر بیماری حتی به مدت یک روز موهای خود را شانه نکرده است، باید موها را به قسمت‌های کم تقسیم کرد و هر قسمت را بطور جداگانه شانه زد. بهترین روش جلوگیری از درهم و برهم شدن موهای بلند، بافتن آن با اجازه بیمار است که معمولاً برای راحتی بیشتر می‌پذیرد. خوابیدن به پشت بر روی دو موی بافته شده در دو طرف سر، راحت‌تر از خوابیدن بر روی موی بافته شده در وسط سر است. معمولاً بیماری که همیشه موهای دهم و بهم پیچیده دارد، لازم است که آنها را کوتاه نمود، ولی قبل از کوتاه کردن آنها باید از او خواست که اجازه نامه کتبی در این مورد امضاء کند. همچنین توصیه شده است که پرستار ضرورت کوتاه کردن موی بیمار رابا یکی از افراد خانواده او در میان بگذارد.

مراقبت از فرد با موهای درهم و بهم پیچیده معمولاً نیازمند توجه خاص می‌باشد. بطور طبیعی موها خشک، مجعد و به راحتی به هم می‌پیچد. شانه مورد استفاده باید دندانه‌های درشت داشت باشد و مو از خط گردن به طرف پیشانی بالا زده شود.

بعضی افراد ممکن است صاف کردن مو را انتخاب کنند. حتی بعد از این مرحله ممکن است در هم پیچیده نشدن آن برای فردی که در تخت محدود شده است، مشکل باشد. بعضی آفریقایی‌هایی که در آمریکا هستند موها را به سبک کوچک می‌بافند. برای شامپو کردن، مو نباید بافته باشد و ممکن است به نرم کننده یا روغن نیاز باشد که روزانه برای جلوگیری از شکستن و پاره شدن مو به کار برده شود.

شامپو کردن مو

مو نیز مانند پوست چرب و کثیف می‌شود و باید برای تمیز نگهداشتن ان شسته شود. شانه یا برس نیز هر وقت که مو شسته می‌شو و در صورت لزوم بین فواصل شامپو کردن به دفعات باید شسته و تمیز گردد. بیشتر بیمارستانها دارای آرایشگر هستند که به مراقبت موی بیمار، شامل شامپو کردن کمک می‌کنند. با وجود این پرستار از مسئولیت مراقبت مو در بیماران مبری نیست. قبل از شامپو کردن موی سر، توصیه می‌شود که پرستار با بیمار در صورتی که قادر است، موها را خوب برای تحریک پوست سر و برطرف کردن پیچش آنها شانه و برس بزند. سپس موها را در حین دوش گرفتن شامپو بزند. در بعضی بیمارستانها دستور پزشک برای شامپو کردن موی بیمار لازم است. روش زیر برای



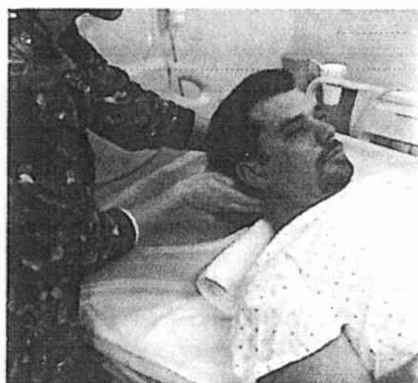
شکل ۵ـ۳۷

شامپو کردن موی بیماری که استراحت در تخت، خانه یا در بیمارستان می‌باشد توصیه می‌شود:

- چند پارچ آب با درجه حرارت گرم مناسب برای شستن و آب کشیدن موی سر، شامپو، یک یا دو حوله برای خشک کردن و یک ظرف بزرگ که آب‌های استفاده شده در آن جمع‌آوری گردد، آماده کنید.
- یک حوله جهت محافظت و یک ظرف شستشوی پلاستیکی در صورت موجود بودن زیر سر بیمار قرار دهید (شکل ۶ـ۳۷)
- سر بیمار را طوری روی حوله قرار دهید که در حین شستن آن، آب استفاده شده در داخل لگن بریزد.
- موها را خیس کرده، شامپو بزنید و پوست سر را ماساژ دهید تا موها خوب شسته شود.
- موها را آب بکشید و در صورت لزوم برای بار دوم شامپو بزنید.
- موها را بعد از شستن با آب و صابون آبکشی کنید.
- در صورت لزوم نرم کننده استفاده کنید.
- موها را برای جلوگیری از لرز بیمار سریعاً خشک کنید و طبق علاقه و میل بیمار آن را مرتب کنید.

به عقب فکر کنید به اندرو کریج، مرد مسنی که در مرکز مراقبت طولانی مدت است و برای نشستن به مدت طولانی مشکل دارد و لازم است موی بیمار در تخت شسته شود. پرستار باید ابتدا با او صحبت کند و او را مطمئن سازد که نیازهایش را برآورده می‌کند.

در صورتی که شامپو کردن بطور منظم مناسبتی ندارد و یا طبق شرایط بیمار برای او اندیکاسیون ندارد شامپوی خشک ممکن است استفاده شود. شامپوی خشک جای شامپوی معمولی را برای تمیز کردن مو نمی‌گیرد، ولی حداقل برای از بین بردن چرک، چربی و بوها از موی بیمارانی که خیلی ناخوش یا بعلت بیماری سخت نمی‌توانند از شامپوی خیس استفاده کنند، کمک می‌کند. شامپوی خشک یا پودرها برای افرادی که موهای مجعد دارند توصیه نمی‌شود. زیر آنها بطور طبیعی مو و پوست سر خشک دارند. شامپو خشک یا پودر روی مو مالیده می‌شود. سپس با شانه یا برس از روی مو پاک می‌شود. سپس دندانه شانه بر روی گاز کشیده و پاک می‌شود که به خارج شدن و گرفتن پودر کمک می‌کند.



شکل ۶ـ۳۷

راهنمای مراقبت پرستاری ۲ـ۳۷

تراشیدن

- دستکش بپوشید، زیرا چنانچه خراشی در پوست باشد، امکان تماس با خون وجود دارد.
- کف خمیر ریش یا آب گرم و صابون را برای نرم کردن موهای صورت پیشگیری از کشیده شدن آنها بکار ببرید.
- پوست صورت را به ترتیبی که آماده کار باشد بکشید.
- ریش تراش را آرام، محکم و کم در جهت رشد مو حرکت دهید، بیمار غالباً پیشنهاد می‌کند که چگونه می‌تراشد.
- صورت بیمار را از باقی مانده‌های کف بشوئید و خشک کنید.
- اگر بیمار درخواست کرد، بعد از تراشیدن، لوسیون استفاده کنید. لوسیون بعد از تراشیدن به بیمار احساس سرحالی می‌دهد و آرایش اثر بهتری از درمان دارد.



مراقبت از ریش و سبیل

بیشتر بیمارانی که ریش و سبیل دارند، می‌توانند بدون وابستگی آنها را بیارایند بیماران وابسته به مراقبت پرستار، بعد از غذا خوردن، به کمک پرستار جهت تمیز نگهداشتن آنها نیاز دارند. هرگز بدون رضایت بیمار ریش و سبیل او را نتراشید و مرتب نکنید.

تراشیدن

ریش تراش دستی بهتر از ریش تراش برقی عمل تراشیدن را انجام می‌دهد ولی اغلب بیماران ریش تراش برقی را ترجیح می‌دهند. ریش تراش برقی برای بیماران بستری خصوصاً بیمارانی که داروهای ضد انعقاد دریافت می‌کنند و یا خونریزی دارند توصیه می‌شود. روش تراشیدن ریشها در بیمارانی که خودشان قادر به انجام آن نیستند در راهنمای مراقبت پرستاری ۲ـ۳۷ توضیح داده شده است.

مراقبت از پا

مراقبت صحیح از پا در هر سنی مهم است. اهمیت آن با بالا رفتن سن و شرایطی مانند اختلالات گردش خون یا وجود دیابت شیرین بیشتر است. راهنمای مراقبت پرستاری ۳ـ۳۷ در رابطه با روش مناسب مراقبت پا می‌باشد.

مثال زیر یک گزارش از مراقبت پا می‌باشد.

بیمار بیان می‌دارد، گمان می‌کنم ناخن پایم را خیلی کوتاه بریدم، دو ماه است که صدمه دیده است ناخن پای راست متورم، قرمز و دردناک است. پوست ریشه ناخن سفید است. موقع راه رفتن می‌لنگم. بیمار بعد از شستن بدن، پای راست را خیس کرده و به دقت خشک می‌کند.

مراقبت از ناخن انگشتان

روشهای زیر برای مراقبت از ناخن‌ها توصیه شده است:

- انتهای ناخن‌ها را به شکل بیضی سوهان بزنید. دو طرف ناخن را آنقدر نچینید که به پوست صدمه برسد و پوست ته ناخن بلند شود.
- پوست ته ناخن در محل ریشه ناخن را با قیچی‌های مخصوص ته ناخن بچینید. جهت اجتناب از صدمه به بافت مراقب باشید.
- پوست ته ناخن را پس از خیساندن در آب گرم و نرم و خم شد کردن آنها به پشت ناخن به آرامی فشار دهید.
- پشت ته ناخن را با یک تکه پارچه یا یک وسیله کند فشار دهید.
- برای پیشگیری از پوسته شدن ته ناخن نرم کننده استفاده کنید.
- زیر ناخن‌ها را با یک جسم کند یا قسمت پهن خلال دندان پاک کنید و مواظب باشید که محل اتصال ناخن به بافت زیرین آن صدمه نزنید.

معمولاً خشکی ناخن‌ها موجب ترک خوردن و پوسته شدن آنها می‌شود تا حد امکان باید از تماس با آب و صابون اجتناب نمود و به دفعات از کرم خوب برای دست استفاده کرده و از لاک ناخن و استون که هر دو کمک به خشک شدن ناخن‌ها می‌کنند اجتناب کرد.

مراقبت از پرینه

همیشه ممکن نیست که پرستاران مرد برای مراقبت بیماران مرد و پرستاران زن از بیماران زن مراقبت کنند. در حقیقت زمانی که شستشوی پرینه انجام می‌شود، عموماً بیماران جنس مخالف خودشان را قبول نمی‌کنند که به او اهانت‌آمیز باشد و یا موجب پریشانی آنها شود.

بخاطر بیاورید سونیا دلامور را که بعد از حملهٔ قلبی به منزل دخترش رفت، بیمار ممکن است از اینکه دخترش

از او مراقبت پرینه انجام دهد شرمنده شود. پرستار باید بیمار را تشویق کند که خودش این کار را انجام دهد و از سمت چپ بدن استفاده کند و وضعیت خود را حفظ کند. بنابراین اعتماد به نفس او نیز پیشرفت می‌کند و بدون وابستگی بهداشت شخصی خود را پرورش می‌دهد.

در بعضی موارد، حمام نشیمنگاهی برای شستشوی ناحیه پرینه و مقعد بکار می‌رود. زمانی که بردن بیمار به محل وان مقدور نمی‌باشد از لگن مخصوص استفاده می‌شود و زمانی که بیمار در تخت بستری است می‌توان مراقبت را در تخت انجام داد. روش حمام نشیمنگاهی در فصل ۳۸ توضیح داده شده است.
راهنمای زیر جهت انجام مراقبت از پرینه می‌باشد:

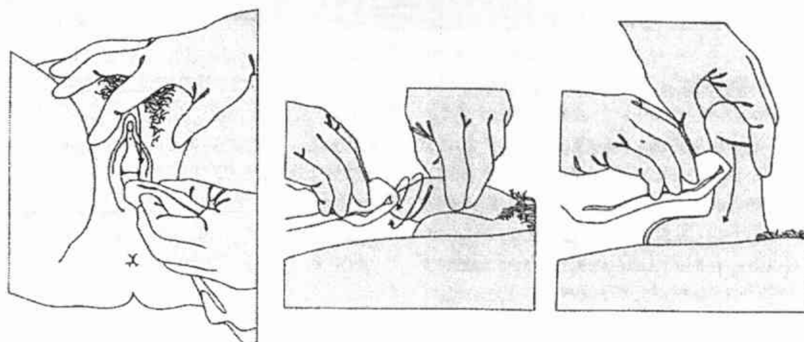
- وسایل را آماده کنید و خلوت بیمار را فراهم سازید.
- روش را برای بیمار توضیح دهید و دستکش یک بار مصرف بپوشید.
- ناحیه کشاله ران را بشوئید و آب بکشید (بیماران مرد و زن)
- همیشه از ناحیه‌ای که کمترین آلودگی را دارد به ناحیه‌ای که آلودگی بیشتر است، اقدام به شستشو نمائید. برای جلوگیری از آلوده شدن واژن به میکروارگانیسمهای ناحیه مقعد حرکت دهید. هر قسمت از گاز را یکبار استفاده کنید. برای بیمار مرد بیشتر از سر آلت گاز را شروع کنید و بطرف پایین در طول ناحیه زهار ادامه دهید.
- در بیمار مردی که ختنه نشده، زمانی که آلت را شستشو می‌دهید، دستگاه تناسلی در ناحیه ختنه‌گاه را تو ببرید و با آب ساده خوب آب بکشید.
- نواحی را خوب با آب ساده بشوئید و آب بکشید.
- پوست روی ناحیه تناسلی بیماری که ختنه نشده به داخل محلی که آلت عبور می‌کند برای پیشگیری از فشار بر روی آلت و ایجاد ورم و صدمه به بافت بکشید.
- به بیضه‌ها که محل تخم است، با احتیاط دست بزنید زیرا ناحیه حساسی است.
- نواحی شسته شده را خشک کنید و در صورت لزوم نرم کننده بزنید. فقط در صورت درخواست بیمار، پودر بزنید. پودر برای بیماران زن ممکن است واسطه‌ای برای رشد باکتری باشد.
- بیما ررا به پهلو بچرخانید و شستشو را در ناحیه مقعد ادامه دهید و شستشو را از ناحیه‌ای که آلودگی کمتر است به ناحیه آلودگی بیشتر ادامه دهید. در زنان، از واژن به مقعد تمیز شود. در مردان و زنان هر دو گاز را در هر بار شستشو تعویض کنید. ناحیه را آب بکشید و خشک کنید.

راهنمای مراقبت پرستاری ۳ـ۳۷

مراقبت پا

- پاها را در محلول آب ولرم و صابون ملایم بشوئید. از خیس کردن پا پرهیز کنید. مطمئن باشید که بین انگشتان تمیز شده است.
- پا را برای پاک کردن باقی مانده صابون آب بکشید زیرا پوست، خشک شده و می‌تواند تحریک شود.
- تمام پاو بین انگشتان را خشک کنید.
- اگر پاها خشک هستند، لوسیون محلول در آب برای بین انگشتان بکار ببرید.
- در صورت لزوم برای پیشگیری از عفونت قارچی، پودرضد قارچ بکار ببرید مثل پای ورزشکار
- برای بیماران دیابتیک ناخن‌ها را سوهان بزنید و از قیچی بعلت سر خوردن آن پرهیز کنید، زیرا ممکن است به بافت صدمه بزند. در بیماران غیر دیابتی، جهت مرتب کردن ناخن‌ها، نباید ناخن‌ها را از گوشه کناری ببرید یا جدا کنید.
- میخچه و یا پوست پینه بسته را قیچی نکنید. از مواد تجارتی برای از بین بردن آنها پرهیز کنید. زیرا دارای ترکیباتی هستند که ممکن است موجب پیشرفت عفونت و زخمها شوند زمانی که میخچه‌ها و پینه‌ها وجود دارند با پزشک متخصص بیماریهای پا و یا با پزشکی که اختلالات پا را درمان می‌کند مشورت کنید.
- خطر راه رفتن با پاهای برهنه را توضیح دهد. پوست پا ممکن است صدمه ببیند یا ممکن است پای ورزشکاری ایجاد شود.
- کفش مناسب بپوشید، کفش تنگ موجب پینه بستن، پینه شست پا و تاول می‌شود. زیرا کفش باید قابل انعطاف بوده و سر نباشد و بلندی پاشنه باید مطمئن و بطور مناسب پا را حمایت کند. کفشهای با آستر پاره و یا چروکیده باید دور انداخته شود یا تعمیر شود.
- جورابهای نخی که گرما دارند و عرق را جذب می‌کند، بپوشید.
- از پوشیدن جورابهای تا زانو و ران اجتناب کنید و روی زانو ننشینید و رد شوید زیرا موجب انسداد جریان خون به قسمت‌های انتهایی پاها می‌شود.
- اگر پا ورم دارد، روزی چند بار چند دقیقه پاها را در سطح لگن بالا نگهدارید.
- از حوله‌های گرم و بطری آب داغ به علت خطر تاول زدن و سوختن پاها اجتناب کنید.
- هر نوع علائم مشکلات پا را به پزشک خود گزارش دهید، این مورد به ویژه برای بیماران مبتلا به دیابت اهمیت دارد.

- اگر بیمار سند دائمی دارد، معمولاً توصیه می‌شود که روزانه بعد از مراقبت از ناحیه پرینه، مراقبت شود. خط مشی بیمارستان ممکن است استفاده از داروی پاک کننده ضد عفونی (مثل پریدون ایوداین) یا آب ساده و صابون با گاز یا حوله باشد. قبل از پاک کردن سند، دستکش تمیز بپوشید. ۶ـ۸ اینچ (۲۰ـ۱۵ سانتیمتر) از سند را بشوئید و از مجرا به طرف پائین حرکت دهید و موقع تمیز کردن، مواظب باشید که سند کشیده نشود و تکان نخورد. مجرا را از نظر درناژ ادرار و سایر خصوصیات آن



شکل ۳۷-۷

مشاهده و ثبت کنید. اگر بعد از تمیز کردن نیاز به پماد آنتی بیوتیک هست. طبق دستور پزشک به کار ببرید. اطلاعات اضافی شامل مراقبت از سند ماندنی در فصل ۴۳ بحث شده است. زمانی که بیمار در منزل مراقبت می‌شود نیاز به سازگاری در رابطه با مراقبت از ناحیه پرینه و بهداشت عمومی دارد. راهنمای ۴-۳۷ راهنمای مراقبت پرستاری و سازگاری در مراقبت بهداشتی در منزل ارائه می‌دهد.

مراقبت از واژن

ترشحات مخاطی واژن تا زمانی که با هوا و عرق بدن ترکیب نشده، عاری از بو می‌باشد. بنابراین استفاده از آب و صابون ساده مؤثرترین وسیله کنترل بو می‌باشد. در زنان سالم و طبیعی دوش واژینال روزانه، نه ضروری ونه عاقلانه است و باعث از بین بردن باکتریهای طبیعی محیط واژن شده و در صورتی که محلول اسیدی باشد به سلولهای سالم آسیب می‌رساند و باعث تحریک آنها می‌شود. واژینال دوش همچنین با عفونت باکتریال واژن، بیماری التهابی لگن، میزان بالای انتقال HIV، حاملگی داخل لوله و عفونت کلامیدیا و سرطان گردن رحم ارتباط دارد (کاترل، ۲۰۰۲). هرچند واژینال دوش گاهی برای درمان عفونت واژن دستور داده می‌شود ولی به عنوان یک اقدام بهداشتی معمول توصیه نمی‌شود.

دئودورانت‌ها (ضد بوها) جهت کنترل بوی اطراف واژن ضرورتی ندارد و نباید روی دستمال بهداشتی و یا تامپون زده شوند. گرچه این ضد بوها حاوی نمکهای آلومینیوم نیستند که غشاء مخاطی را تحریک کنند. ولی فقط برای استعمال خارجی ساخته شده‌اند. گزارش شده است که اسپری کردن مواد ضد بو به داخل واژن ممکن است زیان آور باشد و استفاده مکرر آنها نیز بعلت گزارش تحریک، بثورات جلدی و پوستهای ترک خورده، عموماً توصیه نمی‌شوند. هیچ نوع اثر درمانی تاکنون از این مواد ضد بو گزارش نشده و نمی‌توانند، بخصوص جایگزین شستشوی واژن باشند و زنان اغلب به آموزش در این مورد نیاز دارند.

راهنمای مراقبت پرستاری ۴ـ۳۷

نیازهای بهداشتی، تطابق و سازگاری عمومی برای محیط منزل

- از پوشش پلاستیکی جهت محافظت تشک در زمانی که بیمار را در تخت شامپو و یا حمام می‌کنید، استفاده کنید می‌توانید لیف یکبار مصرف انتخاب کنید. یک ظرف بزرگ پلاستیکی یا وان حمام کودک به عنوان لگن شامپو بطور موثری مفید است.
- به بیمار و مراقبت دهنده او چگونگی مراقبت دهان و دندانهای مصنوعی را آموزش دهید. کاهش وزن می‌تواند موجب شود که دندانها به مدت کوتاه مناسب نباشد. بنابراین بیمار را آگاه کنید که دندانپزشک می‌تواند اندازه آن را مناسب نماید و یا یک دست دندان جدید برای وی اندازه گیری نماید.
- روشهای تمیز بودن و مراقبت از لنز تماسی را برای بیمار و مراقبت دهندهٔ وی مرور کنید. محل لنز را با توجه به علامت آنها، هریک را در جای مناسب از نظر راست و چپ قرار دهید.
- به بیماران و خانواده انان یادآوری کنید که از شرکت تلفن وسایل مخصوص را که به فرد مبتلا به اختلال شنوایی کمک می‌کند تا زنگ تلفن را بشنود و مکالمه را آسانتر ادامه دهد جویا شوند.
- اگر ملافه‌ها به خون یا مایعات بدن آلوده هستند به اعضای خانواده آموزش دهید وقتی که به آنها دست می‌زنند، دستکش بپوشند. این ملافه‌ها ابتدا باید با آب سرد شسته شوند و سپس بطور جداگانه از سایر لباسها با آب داغ، پاک کننده و سفید کننده شسته شوند.
- به اعضای خانواده و یا مراقبت دهنده چگونگی اقدامات راحتی، مثل ماساژ پشت را آموزش دهید.
- به مراقبت دهندگان یا بیماران که سوند دائمی دارند برای شستشوی مجرای ادرار و ناحیه پرینه دوبا در روز با آب و صابون در منزل آموزش دهید ناحیه مقعد نیز باید پس از هر بار دفع تمیز شود. دقت کنید که شستشوی دست یک امر اجباری است.

پیشبرد سلامتی ۲ـ۳۷، بهداشت زنانه

بسیاری از زنان به بهداشت زنانه علاقه دارند. اعمال مراقبت بهداشت فردی تحت تأثیر تجربیات گذشته، اطلاعات فرهنگی و باورهای اجتماعی هستند. برای زنان، مهم است که در مورد بدن خود احساس راحتی کنند و اطلاعات کافی در مورد اعمال مراقبت از خود داشته باشند که باعث پیشبرد سلامتی و رفاه شده و از بیماریها و عفونت پیشگیری می‌کند. چنانچه مناسب است چک لیست بررسی و شناخت زیر را برای تعیین چگونگی برآوردن نیاز بهداشتی زنانه خود تعیین کنید سپس یک دستورالعمل مراقبت از خود را با انتخاب رَفتارهای مناسب از پیشنهادات لیست کامل کنید.

چک لیست بررسی	تقریباً همیشه	گاهی	تقریباً هرگز
۱ـ من در مورد جسم خودم احساس راحتی می‌کنم و منحصر به فرد بودن آن را قبول دارم.	☐	☐	☐
۲ـ من در مورد محصولات و اعمال بهداشتی زنان اطلاعات کافی دارم.	☐	☐	☐
۳ـ من اقدامات پیشگیری کننده را که باعث پیشبرد سلامتی و کاهش بروز عفونت است، ارج می‌نهم.	☐	☐	☐
۴ـ من تغییرات در ترشح واژن، درد و خونریزی را که نشانهٔ آسیب یا بیماری و یا ممکن است طبیعی باشد را می‌فهمم.	☐	☐	☐
۵ـ زمانی که علائمی داشته باشم از کمک خواستن حرفه‌ای ناراحت نیستم.	☐	☐	☐

رفتارهای مراقب از خود

۱ـ شستن ناحیه پرینه حداقل یکبار در روز، حوله و لیف باید تمیز باشد و هرگز مشارکتی نباشد.
۲ـ بعد از ادرار و مدفوع جهت پیشگیری از ورود باکتری به واژن و مجرای ادرار همیشه از جلو به عقب پاک شود.
۳ـ اجتناب از اسپری‌ها، صابون‌ها، پودرها، دئودورانت‌ها (ضد بوها)، تامپون‌ها و پدهای معطر و به هر طریقی تحرک کننده هستند.
۴ـ اجتناب از پوشیدن لباس خیلی تنگ و پوشیدن لباسهای زیر و جوراب شلوارهایی که آستر نخی داشته باشند.
۵ـ اجتناب از واژینال دوش، زیرا واژن را از باکتری تولیدی و فلورای طبیعی خالی می‌کند.
۶ـ تعویض تامپون‌ها به طور منظم و شستشوی دست با روش صحیح، قبل و بعد از قراردادن تامپون
۷ـ طلب کمک حرفه‌ای برای تشخیص علائم طبیعی از علائم پاتولوژی
۸ـ طراحی معاینه سالیانه ژنیکولوژی با مسئولیت یک مراقب بهداشت حرفه‌ای

پرستاران لازم است که در رابطه با این نواحی از احساس خودشان آگاه باشند (بهبود بهداشت ۲ـ۳۷). در صورتی که بیمار ترشح یا تحریک و خارش اطراف واژن را بصورت مقاوم داشته باشد توجهات پزشکی توصیه می‌شود (به برنامه مراقبت پرستاری ۱ـ۳۷ رجوع کنید).

کمک کردن به پوشیدن جورابهای ضد آمبولی

جورابهای ضد آمبولی اغلب در بیمارانی که محدودیت حرکت دارند به منظور کمک در پیشگیری از فلبیت و تشکیل لخته به کار برده می‌شود (در فصل ۳۹ فعالیت توضیح داده شده است). این جورابها از مواد قابل ارتجاع توسط چند شرکت ساخته شده است و با طول تا بالای زانو یا بالای ران قابل دسترس است. جورابهای ضد واریس، کمک می‌کند خون از وریدهای سطحی به وریدهای عمقی یا با فشار رانده شود از رکود خون در وریدهای پا پیشگیری نموده و بازگشت خون وریدی به قلب بهبود یابد. جهت استفاده آن دستور پزشک لازم است. جهت کمک به پوشیدن جورابهای ضد آمبولی به راهنمای کلی پرستاری در زیر توجه کنید:

- پای بیمار را جهت تعیین اندازهٔ مناسب جوراب اندازه‌گیری نمائید. کارخانه سازندهٔ جوراب‌ها، راهنمایی جهت اندازه‌گیری را همراه جوراب می‌دهد. بعضی جورابها، برای هر پایی مناسب هستند و بعضی برای پای راست یا چپ طراحی شده‌اند. جورابی که اندازهٔ آن نامناسب باشد، بیمار ناراحت است و مؤثر واقع نمی‌شود و حتی ممکن است زیان‌آور باشد.
- جوراب‌ها را صبح قبل از خارج شدن بیمار از تخت و در حالی که هنوز به پشت خوابیده به پای او بپوشانید. چنانچه بیمار در تخت نشسته و یا خارج شده باشد، باید دراز بکشد و حداقل ۱۵ دقیقه پا را بخوبی بالا برده و بعد جورابها را بپوشد. استفاده از جوراب‌ها پس از پر شدن عروق پا از خون، مؤثر نیست.
- پاها را ماساژ ندهید. اگر لخته‌ای وجود داشته باشد، ممکن است از دیوارهٔ عروق کنده شده و باعث حرکت آن در جریان خون شود.
- پاها را بطور منظم از نظر قرمزی، تاول زدن، ورم کردن و درد کنترل کنید بعضی از افراد حداقل هر ۸ ساعت یکبار و بعضی دیگر دو بار در روز، بررسی پا را توصیه کرده‌اند. جوراب باید به طور کامل روزانه یک بار خارج شود و ساق‌ها و پاها شستشو داده شود.

برنامه مراقبت پرستاری ۱ـ۳۷. برای دانشجویان مؤنث دانشگاه وگلیندا دیویس

گلیندا دیویس پرستاری که در کلینیک بهداشتی دانشگاه کار می‌کند و مکرراً زنان در مورد بهداشت زنانه از او سؤال می‌کنند. او در می‌یابد که سؤالات هر یک از آنها احتمالاً مشابه سؤالات بسیاری از زنان می‌باشد و تصمیم می‌گیرد تحت عنوان مراقبت از خود: بهداشت زنانه در روزنامه کمپوس مطلبی را بنویسد و درج نماید. اطلاعاتی را که برنامه‌ریزی نموده به آدرس افرادی که بر اساس بررسی‌های زیر از آنها چک لیست تهیه نموده می‌فرستد:

- جمعیت زنان نامتجانس از نظر فرهنگ، سن، مذهب، آشنایی جنسی و زمینه‌های خانوادگی و شیوهٔ زندگی متغیر هستند.
- دانش آنها در مورد بهداشت زنانه بطور وسیع تقریباً از دانشجویان بدون آگاهی تا زنان عضو بهداشت حرفه‌ای متغیر است.
- دانشجویانی که سؤالاتی در مورد خطر بیماریهای مقاربتی یا در مورد محصولاتی مثل (تامپون‌ها و سندرم شوک سمی) در رابطه با روابط جنسی و قرص‌های ضد حاملگی ارند.
- تعدادی دانشجو به کلینیک عفونت‌های واژینال و دستگاه ادراری گزارش شده‌اند.
- کسانی که خیلی علاقمند باشند و توانایی درک نوشته‌ها را دارا باشند.

تشخیص پرستاری: کمبود مراقبت از خود: بهداشت زنانه در رابطه با کمبود دانش مربوط به سؤالات‌بهداشت زنانه در کلینیک کمپرس، بروز زیاد عفونت واژینال ودستگاه ادراری و نگرش منفی در مورد بیان بدن زن

برآیند مورد انتظار: دانشجویان باید: تصویر ذهنی مثبت از جسم و ارزش بی نظیر آن را بیان نمایند.

تدابیر پرستاری	استدلال	ارزیابی
با هر دانشجویی که دچار مشکل سیستم تناسلی شده و به درمانگاه مراجعه می‌کند، در مورد دانش او و میزان پذیرش جسم خود و راحت بودن با آن گفتگو کنید و او را مورد بررسی قرار دهید.	بهداشت زنان، زنان را تشویق کرده است که مالک بودن بدن خودشان را احساس کنند و از بی نظیر بودن خود به عنوان یک زن احساس خشنودی نمایند و آگاهی خود را در مورد جسم خود افزایش دهند. بسیاری از زنان هنوز فکر می‌کنند که دستگاه تناسلی خارجی و پدیده دوره‌ای مثل دورهٔ ماهیانه «کثیف» و از بروز نشانه‌ها در این نواحی احساس ترس، گناه، اضطراب و شرم می‌کنند.	ارزشیابی در مدت ۶ ماه: دسترسی به هدف تا حدودی انجام شد: دانشجویان دربارهٔ مسائل مربوط به دستگاه تناسلی با یکدیگر آزادانه بحث می‌کنند ولی هنوز در این موارد تردید دارند. تجدید نظر: کمک به زنان در اطلاع یافتن، درک کردن، پذیرش و صحت در مورد بدن خود را ادامه دهید. در درمانگاه این مسئله را بین کارکنان پرستاری اولویت دهید. امضاء پرستار
مشورت صحیح و مناسب	برای پرستاران مهم است که به زنان اطلاعاتی در مورد بدن آنها بدهند.	

برآیند مورد انتظار: دانشجویان باید: رفتارهای مراقبت از خود بهداشت زنانه راکه در شیوهٔ زندگی روزانه آنها خواهد بود به‌طرز صحیح توصیف‌نمایند.

تدابیر پرستاری	استدلال	ارزیابی
دانش هر بیماری را در مورد اعمال بهداشتی زنانه بررسی کنید (هر نوع عدم درک رااصلاح کنید) و انگیزه جهت انجام آن بطور مداوم، ایجاد نمائید.	بسیاری از زنان هر گز در مورد بهداشت زنانه آموزش ندیده‌اند و عادات مضری راکه ممکن است از کشور یا سایر منابع برداشته باشید (نظیر استفاده از واژینال دوش و ضد بو) را انجام دهند.	برآیند مورد انتظار برآورده شده است. پیگیری انتشار شکل مراقبت از خود بهداشت زنانه و مشاوره فرد به فرد با استفاده از جزوه‌های کوچک چاپ شده است. بیماران در مورد اقدامات پیشگیری کننده بهداشتی آگاه هستند. امضاء پرستار
در رابطه با قاعدگی، روابط جنسی و اسیر وقاع بلوغ صحبت‌های مخصوص را بیان کنید.	وقایع بلوغ، نظیر قاعدگی، فعالیت جنسی و حاملگی که ممکن است عادات بهداشتی اصلاح شده باشد یا برای آینده مورد نیاز باشد.	
اهمیت استفاده از اقدامات پیشگیری کننده بهداشتی را جهت کاهش احتمال عفونت دستگاه ادراری و تناسلی آموزش دهید. مراقبت از خود را با دادن جزوه خلاصه مطالب در مورد بهداشت زنانه و گفتگو با بیمار تعمیم دهید.	پیشگیری از عفونت دستگاه تناسلی ـادراری بهتر از درمان آن است.	امضاء پرستار

برآیند مورد انتظار: درمانگاه بهداشتی کمپوس باید گزارش کند که: عفونتهای دستگاه تناسلی ادراری در هر دو مورد آینده و در حال حاضر کاهش آشکاری را نشان می‌دهد.

ادامه برنامه مراقبت پرستاری ۱ـ۳۷.

تدابیر پرستاری	استدلال	ارزیابی
اقدامات پیشگیری کننده بهداشتی را به زنان آموزش دهید (به خلاصه مطالب آموزشی رجوع کنید) آموزش تشخیص تشرحات طبیعی از غیر طبیعی (ترشح واژن، درد، خونریزی، مسائل مربوط به ادرارکردن) و در زمان مناسب کمک طلب نمودن اقدامات پرستاری شامل: آموزش اقدامات پیشگیری کننده، آموزش تشخیص علائم و نشانه‌ها، کمک به فعالیت‌های مراقبت از خود برای پیشگیری و درمان عفونت‌ها، شامل اطمینان از کمک زمانی که لازم است.	این کار جهت پیشگیری از عفونت دستگاه ادراری تناسلی بهتر از درمان آن است. درمان زودرس عفونتهای ادراری تناسلی جهت کاهش مشکلات احتمالی باقی مانده است.	دسترسی به هدف انجام شده است. ۶ ماه بعد از انتشار و استفاده از جزوه مطالب آموزشی بهداشت زنانه مراقبت از خود بروز عفونتهای دستگاه ادراری تناسلی ۱۰٪ کاهش یافت باید آموزش در این زمینه که تقدم دارد، ادامه یابد.
عفونتهای جاری و جدید دستگاه ادراری ـ تناسلی را ثبت نمائید و عوامل مستعد کننده آن را تعیین نمایید.	ثبت کردن، ادامه درمان، مشکلات موجود را تسریع می‌کند.	

ثبت نمونه بیمار: دانشجو در درمانگاه ویزیت شد و نیاز به آگاهی در مورد اعمال بهداشتی زنانه را به طور کلی و اقدامات خاص بهداشتی را برای بعد از روابط جنسی، بیان نمود. همچنین در رابطه با بیماری مخصوص مقاربتی (STD) از شریک جنسی صحبت شد. به او گزارش شد که امسال از نظر جنسی فعال می‌شود و رابطه جنسی یک یا دوبار در هفته دارد. او گفت که بسیاری از دوستان من واژینال دوش می‌گیرند و سؤال کرد که آیا هر نوع موادی توصیه شده است ما درمورد خلاصه مطالب آموزشی مراقبت از خود بهداشتی زنانه و مروری بر عادات مراقبت بهداشتی گوناگون صحبت نمودیم. برای دانشجو روشن شد که او در مورد واژینال دوش درک درستی نداشته است. همچنین در مورد صحبت‌های اوبا شریک جنسی‌اش در مورد بیماری‌های مقاربتی و تماسهای قبلی با افرادی که عفونت داشته‌اند به صراحت صحبت شد. به او توصیه شد که هنگام روابط جنسی کاندوم استفاده کند. دانشجو گزارش کرد که «در هنگام ترخیص» احساس بهتری از بدن خود دارد و قادر است از آن مراقبت نماید. همهٔ موضوعهای طرح مراقبت مورد بحث قرار گرفت و تشویق شد که برای ویزیت مجدد هر ۶ ماه جهت روشن شدن وضع خود و ارزشیابی آن به کلینیک مراجعه نماید.

امضاء پرستار

- جورابها در صورت لزوم شسته شوند، اما حداقل هر سه روز شسته شوند. جورابهای کثیف پوست را تحریک می‌کند. جورابها باید روی یک سطح صاف، جهت پیشگیری از کش آمدن آنها خشک شود. بیمار ممکن است به دو جفت جوراب نیاز داشته باشد، بطوری که وقتی یک جفت آن شسته می‌شود، جفت دوم را بپوشد. در مراقبت صبحگاهی، همیشه جورابها را از پا خارج نموده و ساق پا را مشاهده کنید و قبل از خارج شدن از تخت مجدداً پوشیده شود. در روش مهارت ۴ـ۳۷ نشان داده شده است.

چندین کارخانه، جوراب زنانه و مردانه تولید می‌کنند که برای اعمال فشار بر روی ساق پاها از پا تا وسط ران یا بالاتر است. در بعضی از آنها فشار کم و در بعضی فشاری برابر با اندازه الاستیک به کار می‌برند.

جوراب‌ها در رنگ‌های متنوع در دسترس هستند. بطوری که در بیمارانی که راه می‌روند، پوشیدن جورابهای دیگر روی آن ضرورتی ندارد. افرادی که مدت طولانی روی پا یا در یک وضعیت هستند مانند زنان خانه‌دار، پرستاران، مغازه‌داران و افراد کاسب، دریافتند که استفاده از آنها مفید است. جوراب‌ها باید به طرز صحیح اندازه‌گیری شود و اندازه و مناسب پا باشد، همچنین بلافاصله پس از بیدار شدن و قبل از خارج شدن از تخت و قبل از اینکه پاها آویزان شود باید پوشیده شود.

جورابهایی که در آنها فشار هوای متناوب بکار می‌رود

جورابهایی که در آنها فشار هوای متناوب بکار رفته است ممکن است همراه با جورابهای ضد آمبولی استفاده شود. این جورابها با دستور پزشک و اغلب برای بیمارانی که جراحی با خطر بالا و افراد مبتلا به بیماری مزمن وریدی و بیمارانی که در معرض خطر اختلالات ورید عمقی هستند، تجویز می‌شود. آنها شامل یک بازوبند به اندازهٔ زانو و یا ران هستند که به یک لوله جوراب مانند و دستگاه پمپ متصل است. بطور پی در پی فشار جورابها بازگشت وریدی را از طریق تحریک طبیعی که پمپ در عضله پا ایجاد می‌کند، بهبود می‌بخشد. این جورابها در فصل ۳۰، مراقبت پرستاری قبل از عمل، توضیح داده شده‌اند.

پژوهش در پرستاری

اختلاف ارزشیابی در برتری ماساژ درمانی

بعد از استحمام ماساژ پشت یک استاندارد مراقبتی است و اولین مراقبت در لیست مراقبتی بسیاری از پرستاران است. آیا این بهترین کار برای بیمار ما است؟

اسمیت (Smith)، کمپ (Kemp)، همفیل (Hemphill) و وُجیر (Vojir) (۲۰۰۲) برآیندهای ماساژ درمانی برای بیماران مبتلا به سرطان را که بستری بودند گزارش نموده‌اند. این مطالعه اثرات ماساژ درمانی را بر درک بیمار از درد، کیفیت خواب، علائم استرس و اضطراب را در بیمارانی که تحت درمان سرطان بودند ارزشیابی نمودند. نمونه‌ها شامل ۴۱ بیمار بود که ۲۰ نفر از آنها ۳۰ـ۱۵ دقیقه سه بار در هفته ماساژ می‌گرفتند. ماساژها حداقل ۲۴ ساعت فاصله داشت و در ساعات مختلف روز بود. ۲۱ بیمار در تعامل با پرستارانی بودند که گروه دیگر را ماساژ می‌دادند و تمرکز پرستاران بر این گروه بر روی ارتباط با آنها بود. اختلافی بین گروهها از نظر درد، علائم دیسترس، کیفیت خواب یا اضطراب وجود نداشت هر دو گروه با یک ابزار کنترل شدند و تحت تحقیق بودند، مطالعه نشان داد که درد، دیسترس و اضطراب در گروهی که ماساژ گرفته بودند کاهش یافت. در گروه تعامل با پرستاران درد، علائم دیسترس و کیفیت خواب افزایش داشت. اضطراب بطور معنی‌داری بهبود نشان داد.

مربوط به عملکرد پرستاری

این نمونه روش ساده پرستاری کمک به بیماران را در کنترل فرایند بیماری به اثبات می‌رساند. بعضی مواقع، ساده‌ترین عمل پرستاری می‌تواند یک مداخله مؤثر مراقبتی را ثابت نماید.

درست کردن تخت

تعویض ملافه‌های تخت بعد از استحمام، روش مرسوم است. اما بعضی بیمارستان‌ها فقط وقتی کثیف است تعویض می‌شود. درست کردن تخت برای بیمارانی که حرکت می‌کنند به طریقه روش ۳۷ـ۵ توضیح داده شده است. اگر بیمار به علت معلولیت نتواند از تخت خارج شود، تخت اشغال به روش ۳۷ـ۶ توضیح داده شده است. درست کردن تخت اشغال با کمی تغییرات جزیی انجام می‌گیرد که در راحتی بیمار تأثیری ندارد. در بعضی از موارد پرستار باید بر طبق چگونگی وضعیت بیمار، به کارگیری تجهیزات ارتوپدی در تخت و روشهای درمانی ویژه، شیوه‌های خاصی را در درست کردن تخت اتخاذ نماید.

تدارک محیط مراقبتی

محیط در احساس خوب بودن و سلامت، دخالت مثبت یا منفی دارد. محیط بیمار شامل واحد کنار تخت و لوازم و وسایل و مبل در فضای اطراف تخت است. مطمئن باشید که این اطراف تمیز، سالم و خوشایند است.

ماساژ پشت

بطور کلی، ماساژ پشت به دنبال استحمام بیمار انجام می‌شود. این کار به عنوان بهبود حال عمومی بدن انجام می‌شود. جهت تسکین فشار روی ماهیچه و بهبود آرامش استفاده می‌شود. ماساژ پشت فرصتی را برای پرستار فراهم می‌کند تا پوست را از نظر علائم شکنندگی مشاهده نماید. ماساژ گردش خون رااصلاح و از طریق لمس زمینه ارتباط با بیمار فراهم می‌گردد. به دلیل این که بعضی بیماران، ماساژ پشت را عمل تجملی فرض می‌کنند و با قبول آن مخالفت می‌کنند. پرستار باید با بیمار ارتباط برقرار نموده و اهمیت و ارزش آن را برای وی توضیح دهد. ماساژ پشت مؤثر ۶ـ۴ دقیقه کامل باید انجام شود. برای راحتی بیمار باید لوسیون قبل از استفاده گرم شود. پرستار باید از تشخیص‌های طبی بیمار، زمانی که ماساژ می‌دهد، آگاه باشد. ماساژ پشت ممکن است منع استفاده داشته باشد، برای مثال، زمانی که بیمار جراحی پشت و یا شکستگی دنده داشته است. جهت انجام ماساژ پشت وضعیت بیمار روی شکم باشد و یا اگر این وضعیت منع استفاده دارد، وضعیت به پهلو داده شود.

واحد کنار تخت

وسایل اساسی شامل تخت، میز جلوی تخت، میز کنار تخت و صندلی‌هاست. تجهیزات استاندارد در محیط مراقبت بهداشتی شامل: زنگ اخبار، اکسیژن، ساکشن، چراغهای دیواری، چراغ ثابت، لگن حمام، ریسیدر (ظرف استفراغ)، لگن یا ظرف ادرار، پارچ و لیوان و ملافه‌های تخت می‌باشد. پرستار مسئولیت دارد که از وسایل فهرست شده ضروری و محل مناسب و درستی کار آنها مطمئن شود. وسایل بیمار بطور کلی در کمد کنار تخت او نگهداری می‌شود و قبل از باز کردن کمد و استفاده از لگن حمام، رسیدر، لوسیون و یا سایر وسایل از بیماری که هوشیار است، اجازه بگیرید. به هنگام کمک در مراقبت بهداشتی، رعایت محیط خلوت و حس مالکیت بیمار، احساس ناتوانی را در او کاهش می‌دهد. قبل از ترک واحد بیمار خوب است که پرستار به بیمار بگوید: «آیا کار دیگری هست که من برای راحتی بیشتر شما

انجام دهم؟» کنترل کردن با بیمار، هرگونه اشتباه را اصلاح می‌کند و ارتباطات درست مراقبتی برقرار می‌شود. به هنگام انجام اقدامات بهداشتی و راحتی بیمار، پرستار ممکن است محدودیت در تغییر و دستکاری بعضی از موارد داشته باشد اجزاء اصلی یک واحد کنار تخت مطمئن شامل موارد زیر است:

- زنگ اخبار بیمار کار کند و همیشه در دسترس او باشد.
- ارتفاع تخت و محل آن مناسب باشد و چرخهای آن قفل شود.
- میله‌های کنار تخت، زمانی لازم است استفاده شود، سالم باشد.
- اصول ضد عفونی طبی رعایت شود.
- محل رفت و آمد را شلوغ نکنید.
- وسایل برقی بطور مطمئن به زمین متصل شود.

عواملی که راحتی بیمار را تأمین می‌کند، شامل توجه به تهویه، بوها، درجه حرارت محیط، نور و سروصدای محیط می‌باشد.

تهویه و بوهای مختلف

علت میکروبهای بیماریزا و بوهای نامطبوع مربوط به ترشحات بدن و ترشحاتی (نظیر ادرار، مدفوع، استفراغ، ترشحات زخمها یا بوهای بدن) است که تهویه خوب اتاق بیمار امری اجباری است. بوها را ممکن است، بتوان با خالی نمودن سریع لگن، لوله ادرار و ظرف استفراغ کاهش دارد مواظب باشید که پانسمان‌های کثیف و یا هر چیزی را که بوی تند دارد از اتاق بیمار دور کنید. استفاده از ضد بو ممکن است احتیاج باشد.

درجه حرارت اتاق

تا حد امکان، بر طبق علاقه بیمار (که ممکن است خیلی متفاوت باشد)، باید درجه حرارت اطاق را تعیین نمود. بطور کلی، درجه حرارت اتاق باید بین ۲۰ تا ۲۳ درجه سانتیگراد باشد (۶۸ تا ۷۴ درجه فارنهایت).

نور و صدا

به دلیل اینکه بسیاری از بیماران در بیمارستان مشکل خواب پیدا می‌کنند و ممکن است به جهت نیاز به روشهای درمانی و بررسی و شناخت مکرر، اختلال در خواب داشته باشند، پرستاران باید تا حد امکان، مراقبت کاهش سروصدا و نور شدید باشند. هرچند، روشهای مراقبت پرستاری باید در نور کافی انجام شود. در حد امکان، مطالعات نباید بلافاصله خارج از اتاق بیمار انجام شود. این کار به دو دلیل موجب تنش در بیمار می‌گردد، سر و صدا آنها را آشفته نموده و فکر می‌کنند هرچه گفته می‌شود، راجع به آنها است.

تخت‌ها

به دلیل اینکه بسیاری از بیماران، قسمت زیادی از روز را در تخت می‌گذرانند، تخت قسمت مهمی از محیط بیمار است. مسئولیت‌های پرستاری شامل اطمینان از یک تخت راحت و سالم است.

سالم بودن تخت

تخت بیمارستانی در سه قسمت دارای گردونه فلزی است که به منظور بالا یا پایین بردن سر یا پای تخت هستند. پرستاران نیاز دارند که از عملکرد این گونه تخت‌ها اطلاع داشته باشند و در این مورد به بیمار توضیح دهند. وضعیت‌های تخت در فصل ۳۹ توضیح داده شده است. همچنین، تخت‌های بیمارستان می‌تواند برای استفاده در منزل دستور داده شود. بیمار و خانواده وی باید از وضعیت درست تخت و به کار بردن کنترل‌های تخت آگاه باشند، زیرا وضعیت‌های خاص ممکن است، برای بعضی بیماران واقعاً مضر باشد. تخت بیمارستان معمولاً ۶۶ سانتی متر (۲۶ اینچ) از سطح زمین فاصله دارند، که این ارتفاع بالاتر از تخت‌های موجود در منزل است و هر وقت وضعیت بیمار ایجاب کند، میله‌های کنار تخت بالا یا پایین برده می‌شود. استفاده از این کار کمک به حرکت در تخت و پیشگیری از خطر افتادن بیمار بیهوش را فراهم می‌نماید (به فصل ۲۶ جهت بحث اضافی در مورد ایمنی و استفاده از میله‌های کنار تخت رجوع کنید). زمانی که تخت در جای خود ثابت است باید چرخهای آن برای جلوگیری از سرخوردن تخت د رزمان بیرون آمدن بیمار از تخت و یا نشستن یا انتقال به برانکارد، قفل شوند. سر تخت اغلب تخت‌های بیمارستانی نیز متحرک هستند تا امکان تماس با سر بیمار در یک موقعیت فوری فراهم باشد. قبل از ترک بالین بیمار، از موارد زیر مطمئن باشید:

- وضعیت تخت در پایین‌ترین حد باشد.
- وضعیت تخت برای بیمار امن و سالم باشد.
- پیچ‌های کنترل تخت درست کار کنند (تخت الکتریکی سالم باشد)
- میله‌های کنار تخت (بالا یا پایین) در صورت لزوم بالا برده شود.
- چرخها یا پیچها قفل باشند.

راحت بودن تخت

تشک مورد استفاده در بیمارستان، عموماً از جنس محکم و رویه آن از پارچه ضد آب است که بتوان به اسانی با یک محلول باکتری کش آغشته نمود. انواع تشک و تخت‌های درمانی جهت

از دید یک دانشجو

یکی از اولین بیماران من مردی بود در پایان ۶۰ سالگی که از یک حمله رنج می‌برد. من برای مراقبت او تعیین شدم و مراقبت او شامل حمام و تعویض کامل ملافه‌های تخت با وجود او در تخت بود. من تمام این وظاف را خودم بدون تقاضای کمک از کسی انجام دادم. این اولین اشتباه من بود. بیمار فریاد زشتی کشید و به کار من بی احترامی کرد. من با خودم فکر کردم «من باید درمان را با مراقبت ملایم انجام دهم و هیچ ترسی نشان ندهم» در این میان با خشم می‌لرزیدم. من بطور کامل او را حمام دادم و سپس ملافه‌های او را تعویض کردم. به بیمار کمک کردم که به پهلو بچرخد، ملافه‌های کثیف را جمع کردم. ملافه‌های خوب را د رقسمت بالای تخت به کار بردم.... تا اینجا خیلی خوب. فوراً به پایین تخت رفتم و آخرین قسمت کارم را انجام دادم. رفتم بالای تخت و آخرین قسمت بالای تخت را تمام کردم. مجدداً ان را انجام دادم.... من باید ۱۵ دقیقه وقت صرف کنم. بنابراین برگشتم و برای چهارمین بار در هر دو انتهای آن ماندم و در این موقع اشک ریختم. زمانی که بالاخره گریه‌ام تمام شد، متوجه شدم که ملافه‌ها درست و مناسب تشک نیست. روش معمول در این مورد، رفتن به جای خلوت برای درست کردن ملافه دیگر است، که احتمالاً در حدود ۱۵ ثانیه انجام می‌شود!

کاهش یا از بین بردن اثرات فشار بر روی پوست قابل استفاده است (شکل ۳۷.۸) جزئیات بیشتر در فصل ۳۸ بحث شده است.

معمولاً بیمارستان‌ها با توجه به موجود بودن و استفاده از وسایل پارچه‌ای، خط مشی تعیین می‌کنند. وسایل پارچه‌ای شامل رویه‌های تشک، ملافه وسط تخت، پدهای مورد استفاده در بی اختیاری، روبالشی، پتوها، روتختی و پتوهای حمام می‌باشد. حوله‌ها، لیف‌ها و لباسهای بیمار که غالباً در بسته‌بندی وسایل پارچه‌ای است. در بعضی محیط‌های بالینی، درست کردن تخت از مسئولیت‌های پرستاری نیست. با وجود این، اطمینان از راحتی بیمار همیشه در پرستاری اولویت دارد. اغلب شامل همین ایجاد یک محیط سالم و راحت است. قبل از ترک بیمار پرستار باید از موارد زیر مطمئن باشد:

- وسایل پارچه‌ای تخت تمیز و صاف باشد.
- بیمار احساس راحتی و گرما نماید.
- نقاط تحت فشار بدن بیمار، در معرض خطر صدمه به تمامیت پوست، تشخیص داده شده و از ملافه‌های زبر، لبه‌های تیز و مواد ضد آب محافظت شوند.

آموزش بیماران در مورد مراقبت پوست

آموزش مراقبت پوست در زمانهای مختلف می‌تواند صورت گیرد، برای مثال، آموزش بصورت غیر رسمی در طول بررسی و شناخت و روشهای مراقبتی می‌تواند انجام شود پرستا راطلاعاتی را در مورد اقدامات مراقبتی پوست بطور کلی که شامل راههای پیشگیری یاکاهش خطر در مشکلات پوست می‌باشد را به بیمار آموزش می‌دهد. گاهگاهی بیماران اطلاعات خاصی را سؤال می‌کنند، جلسات آموزش رسمی می‌تواند جهت اطلاعات خاص مراقبت پوست برگزار شود. در فواصل جلسات آموزش رسمی موضوعات خاص تعیین شده نظیر خشکی پوست یا آکنه به مورد بحث گذاشته می‌شود. موضوعات مشترک در رابطه با مشکلات پوست و مراقبت از آن در قسمت پیگیری توضیح داده می‌شود.

صابون و پاک کننده‌ها

انواع مختلفی از پاک کننده‌ها و صابونها قابل دسترس است. صابونها اغلب از چربیهای حیوانی یا گیاهی ساخته می‌شوند در حالی که بیشتر پاک کننده‌ها از مشتقات نفتی هستند و مطالعات نشان داده است که عوامل پاک کننده گران مؤثرتر از مشابه ارزان قیمت آن نیست. برای بیشتر مردم بهترین راه تمیز کردن پوست آب و صابون یا پاک کننده است. این اطلاعات را با بیماران مرور نمائید. بیمارانی که به صابون حساسیت دارند اغلب می‌توانند از پاک کننده‌ها بدون مشکل استفاده کنند.

ضد بوها و ضد عرق‌ها

اساساً عرق بدون بو است، گرچه دارای مواد دفعی مثل اسید اوریک و آمونیاک است. زمانی که باکتری‌های موجود روی پوست بدن بطور طبیعی روی ترشحات پوست اثر می‌گذارد، بوی عرق ایجاد می‌شود.

تمیز نگهداشتن بدن و لباس، بهترین راه پیشگیری از بوهای بدن است. ضد بو و ضد عرق بعد از تمیز کردن پوست ممکن است استفاده شود. ضد بو و ضد عرق باعث کاهش مقدار عرق می‌شود و مثل یک ماده قابض عمل می‌کند و باعث مسدود شدن غددِ عرق می‌شوند. استفاده از این مواد از جهت پیشگیری از تحریک پوست باید به دقت انجام گیرد. این مواد در بعضی موقعیت‌ها مانند قبل از ماموگرافی و دورهٔ بعد از عمل جراحی در بیمار تحت ماستکتومی (برداشتن پستان) منع مصرف دارد.

وسایل آرایش

معمولاً مواد آرایشی باعث بهتر شدن ظاهر فرد شده و پوست به نظر تمیزتر و سالمتر می‌رسد. استفاده صحیح از مواد آرایشی

باعث تغییر قیافه و رنگ پوست شده و چروکهای آن را می‌پوشاند. گرچه فرهنگ خاص و گروههای مذهبی ممکن است استفاده از آنها را تشویق نکنند. بعضی مواد آرایشی حاوی عناصر زیان آور هستند که در معرض داد و ستد می‌باشند و پرستار باید اطلاعات کافی از این مواد داشته باشد و استفاده کنندگان را در این مورد هشدار دهند که از مصرف آنها، اجتناب نمایند. مؤسسه سلامت و خدمات انسانی و تجویز غذا و دارو (FDA)[1] در ایالات متحده، قوانین و مقررات خاصی را به منظور استفاده از مواد خوراکی، داروها و مواد آرایشی ونیز چگونگی تبلیغ و آگهی دادن توسط کارخانه‌های سازنده وضع نموده است این مؤسسه یک منبع اطلاعاتی خوب است. مواد آرایشی غالباً با باکتری و قارچ آلوده می‌شوند و بهتر است به تاریخ ساخت آنها توجه نمود و در صورت گذشت چهار ماه از این تاریخ بخصوص از کرم‌های دور چشم، آنها را دور ریخت. وسایلی که توسط آنها مواد آرایشی به پوست مالیده می‌شود، باید همیشه تمیز نگهداشته شود و از وسایل آرایش دیگران استفاده ننمود.

مشکلات معمول پوست

بررسی و شناخت مکرر، کشف خشکی پوست، آکنه و جوشهای پوست جدول ۳ـ۳۷ توصیه‌های خلاصه شدهٔ درمانهای این مشکلات پوست است.

یکی دیگر از مشکلات پوستی، تشکیل زخم فشاری است، زخمهای فشاری، نواحی نکروز شدهٔ سلولی به علت فقدان جریان خون به ناحیه مبتلا می‌باشد. در بهترین آن اندامهای تحتانی دردناک و بیمار را ناتوان می‌کند و در بدترین نوع آن ممکن است جان بیمار را تهدید کند. پیشگیری از زخم فشاری، گرچه امکان دارد و تشخیص و درمان آن در زودترین مرحله از مسئولیتهای ویژه پرستاری است، این موضوع بصورت جزئی در فصل ۳۸ پیگیری شده است.

ارزشیابی

انجام یا کمک به انجام اقدامات بهداشتی، بدین معنی که روزانه جهت تعیین اینکه آیا بیمار در رابطه، مراقبت پوست به برآیند مورد انتظار دسترسی یافته است، تماس داشته باشید. معیارهایی که می‌توانندجهت تعیین دسترسی به برآیند قابل انتظار در برنامه بهداشتی استفاده شود شامل موارد زیر است:

- میزان مشارکت بیمار در برنامه بهداشتی
- برطرف کردن تخفیف و یا جبران عوامل مداخله گر در استقلال بیمار در انجام اقدامات بهداشتی (نظیر ضعف، کاهش انگیزه و کمبود اطلاعات)
- تغییرات در رابطه با مشکلات ویژه پوست، برای مثال، التیام ضایعات پوست، دفع یا کاهش عوامل ایجاد کننده و توانایی بیمار در ادارهٔ برنامه درمان تجویز شده بدون کمک دیگران بطور مستقل

مثالهای ارزشیابی در رابطه با بهداشت شامل موارد زیر است:

در تاریخ .... برآیند ملاقات مختصر نشان داد: مخاط دهان بیمار بی عیب است، اما با وجود ادامه مراقبت هر ۴ ساعت لثه و دهان، ترشحات خشک و سفت است

تجدید نظر: افزایش تکرار مراقبت بهداشتی دهان هر دو ساعت، آموزش خانواده

امضاء پرستار

در تاریخ .... برآیند ملاقات با بیمار: بیمار مراقبت صحیح از تمیز نگهداشتن چشم مصنوعی را با گذشت دو صبح نشان داد و اظهار نمود من فکر می‌کنم باید خوشحال باشم که زنده‌ام و قادرم ببینم.

در تاریخ .... ملاقات مختصر با بیمار: بیمار گزارش می‌کند که به جهت پوشیدن کلاه گیس ناراحت است اما احساس می‌کند از وقتی که آن را خریده است، بهتر است.

تجدید نظر:

بیمار هنوز سؤالات زیاد در مورد اثرات شیمی درمانی دارد؛ آموزش ادامه داشته باشد و فرصتهایی برای ایجاد اعتماد به نفس در وی داده شود.

امضاء پرستار

در تاریخ .... ملاقات برآیند مورد انتظار: بیمار بطور صحیح و دلایل برنامه مراقبت از پا را بیان نمود و علاقه و توجه به کلاسها پدیابت را نشان داد.

امضاء پرستار

در تاریخ .... برآیند ملاقات جزئی: کودک را تمیزی ناحیه پرینه و تسکین درد حین ادرار کردن به کلینیک برگشت. مادر کودک گزارش نمود که نصف زمان را کودک با پدر و نصف دیگر آن را با مادرش زندگی می‌کند (والدین از هم جدا شده‌اند) ولی پدر اعمال بهداشتی را انجام نمی‌دهد.

تجدید نظر: تأکید مجدد به اهمیت جمع شدن پوست ختنه‌گاه هنگام مراقبت پرینه

امضاء پرستار

1- Food and drag adminstration

جدول ۳-۳۷. مشکلات مراقبت پوست

مشکلات پوست	تعریف	درمان
پوست خشک	از مشخصات آن پوسته پوسته شدن و زود مستعد صدمه و تحریک است.	● شستشو با دفعات کمتر ● شستن و آب کشیدن خوب پس از صابون و مواد پاک کننده ● استفاده از صابون با چربی زیاد (نظیر داو) ● اجتناب از پوشیدن لباس پشمی، زیرا پوست را تحریک می‌کند. ● استفاده از بخور برای رطوبت هوا ● افزایش دریافت آب وقتی پوست خشک است ● استفاده از نرم‌کننده‌ها جهت صاف و نرم و محافظت پوست خشک بعد از تمیز کردن ● استفاده از کرمهای تمیز کننده پوست وقتی به صابون حساسیت دارد.
آکنه (جوش صورت)	وضعیتی است در پوست که به ویژه در جوانی دردسر می‌شود. هورمونها باعث بزرگی غدد چربی و افزایش ترشحات آن می‌شود. ضایعه بصورت پوستول است و وقتی که ترشحات در مجرای غدد چربی باقی می‌ماند سرسیاه می‌شود. التهاب و عفونت همچنین می‌تواند ایجاد شود.	● نواحی عفونی را نباید کند یا فشار داد زیرا باعث پخش عفونت شده و موجب اسکار می‌گردد. ● شستشوی مو و پوست با صابون و شامپو و پاک کننده و آب گرم و پاک کردن چربی روی آن ● اجتناب از روغنهای آرایشی، کرم‌های پاک کننده و محلولهای نرم کننده ● از استفاده وسایل آرایشی اجتناب شود زیرا موجب انسداد مجرای چربی می‌شود. ● حذف غذاهایی که وضعیت را شدیدتر می‌کند. ● پزشک ممکن است درمان‌های ترکیبی را که علائم آکنه را کنترل می‌کند، توصیه نماید، اما موجب اریتم (قرمزی) و کنده شدن پوست و جایگزینی پوست می‌شود. تماس با خورشید ممکن است خطرناک باشد و باید پرهیز شود.
بثورات پوستی	بثورات پوستی یا التهاب پوست است که در هر جای بدن ممکن است به وجود آید و تماس پوست با مواد حساسیت‌زا، در معرض قرار گرفتن خورشید، دلایل سیستمی (نظیر عکس‌العمل به دارو) ممکن است بصورت برجسته یا صاف، خارش دارو یا بدون خارش، موضعی یا عمومی، خشک یا مرطوب باشد.	● محل را به آرامی با یک محلول پاک کننده ملایم بشوئید و خوب آب بکشید. ● بر روی بثورات خشک، لوسیون مرطوب کننده برای پیشگیری از خارش و ترمیم و سیر بهبودی، بمالید. ● روی بثورات مرطوب، خشک کننده استفاده کنید. ● حمام‌های ولرم ممکن است التهاب و خارش را تسکین دهد. ● لوسیون یا اسپری‌های ضد عفونی ممکن است در کاهش خارش، پیشبرد بهبودی و پیشگیری از شکنندگی پوست مفید باشد. ● موادی که با تجویز پزشک در داروخانه موجود است و لوسیون کالا دریل و کرم هیدروکورتیزون ممکن است مفید باشد. ● در صورت شناخت علت عوامل باید از تماس با آن خودداری نمود. ● در صورت عدم پاسخ به درمان به پزشک متخصص رجوع شود.

■ توسعه مهارتهای تفکر انتقادی

۱ـ ماساژ پشت را با یک نفر تمرین کنید تا احساس راحتی کنید و اطمینان پیدا کنید که این اقدام پرستاری در مراقبت روزانه انجام شود. با سایر دانشجویان در مورد فواید ماساژ درمانی و تعیین موقعیت‌های پرستاری که ممکن است ماساژ برای آن درمان اولیه باشد، گفتگو کنید.

۲ـ با افراد سنین و فرهنگ‌های مختلف دربارهٔ عادات بهداشتی خاص آنها مصاحبه کنید. سؤالات خاصی در مورد نوع کمکهای پرستاری به آنها در زمانی که بستری هستند و قادر نیستند نیازها یبهداشتی خود را برآورده نمایند، بپرسید، چه وسایل و مواد خاصی احتیاج خواهند داشت؟ تا چه حدی پرستاران برای احترام به علاقه متفاوت بیماران مفید هستند؟



■ تمرین برای NCLEX

۱ـ براساس کدامیک از دلایل زیر و چه موقع پرستار برنامه مراقبتی را برای توجه خاص به پوست بیمار پیر توسعه می‌دهد؟

الف) افزایش چربی زیر پوست

ب) ترشح زیاد چربی از غدد زیر پوست
ج) افزایش بیش از حد خشکی پوست
د) ضخیم شدن پوست

۲ـ کدامیک از مداخلات زیر در برنامه مراقبتی بیماری که جوراب ضد واریس می‌پوشد، مناسب است؟

الف) اندازه‌گیری ساق‌ها قبل از پوشیدن جوراب برای اطمینان از اندازه مناسب آن
ب) به کار بردن جورابها، زمانی که بیکار روی صندلی می‌نشینید.
ج) ماساژ ساق پاها زمانی که جورابها را از پا در می‌آورد.
د) خارج نمودن جوراب هر هفته یکبار

۳ـ پرستار در حین حمام دادن بیمار مشاهده می‌کند که پوست بیمار خشک است، بهترین کار چیست؟

الف) به دفعات بیشتری بیمار را حمام کند.
ب) کرم نرم کننده روی پوست بمالد
ج) پوست را با الکل ماساژ دهد
د) عدم تشویق به خوردن مایعات

۴ـ یک بیمار جوان در مورد وضعیت آکنه (جوش صورت) خود با پرستار صحبت می‌کند. پرستار به بیمار توصیه می‌کند که:

الف) پوست را به دفعات با صابون بشوید
ب) برای پوشاندن جوش‌های سر سیاه از کرم استفاده کند
ج) نرم کننده روی نواحی بمالد
د) جوش‌های سر سیاه را فشار دهد

۵ـ التهاب قابل توجه لثه‌ها همراه با درگیری بافت فک چه نامیده می‌شود؟

الف) گلوسیت ب) شیلوزیس
ج) پوسیدگی دندان د) پیوره

۶ـ کدامیک از اقدامات پرستاری به هنگام مراقبت از بیمار وابسته به دیگران مقدم است؟

الف) کمک به بیمار جهت خوابیدن در وضعیت به پشت
ب) پوشیدن دستکش‌های یک بار مصرف
ج) استفاده از مسواک سفت برای شستن دندانها و لثه‌ها
د) شستشوی مکرر با آب اکسیژنه

۷ـ آقای جیمز، عفونت چشم، همراه با مقداری ترشح دارد. برای تمیز نمودن چشمهایش پرستار باید:

الف) آب اکسیژنه استفاده کند.
ب) چشم را از گوشه خارجی به طرف گوشه داخلی تمیز کند.
ج) بیمار را بر روی طرفی که چشم باید تمیز شود قرار دهد.
د) برای هر چشم از یک گلوله پنبه استفاده کند.

۸ـ مسئولیت پرستار به هنگام مراقبت از پا در بیماران مسن شامل:

الف) برای اصلاح ناخن فرورفته از قیچی استفاده کند.
ب) ناخن‌ها را تا حد امکان کوتاه بچینند.
ج) در صورت خشک بودن پاها، الکل بمالد.
د) پاها را حداقل روزانه یک بار شستشو دهد.

۹ـ در مراقبت از ناحیه پرینهٔ بیمار کدامیک از موارد زیر انجام می‌شود؟

الف) برای هر بار شستشو از یک سوآب استفاده شود.
ب) شستشو از قسمت با آلودگی بیشتر به طرف ناحیهٔ آلودگی کمتر انجام شود.
ج) دستکش استریل استفاده شود.
د) در بیمار مردی که ختنه نشده است پوست ناحیه تناسلی کشیده شود.

۱۰ـ یک پرستار از بیماری ۸۰ ساله مراقبت می‌کند که نیاز به کمک کامل برای بهداشت فردی و بهداشت دهان دارد، او لاغر است و چند ملاقات کننده دارد و ترجیح می‌دهد که در تخت بصورت نیمه نشسته قرار بگیرد کدامیک از تشخیص‌های پرستاری در اولویت قرار دارد؟

الف) خطر صدمه به تمامیت پوست در رابطه با بی حرکتی
ب) کمبود مراقبت از خود بهداشتی / استحمام در رابطه با کاهش توانایی و طاقت
ج) ایزوله اجتماعی در رابطه با نداشتن ملاقات کننده
د) عدم تحمل فعالیت د ررابطه با ضعف عمومی

۱۱ـ بیمار مسنی که نمی‌تواند محکم راه برود، درخواست حمام وان دارد، کدامیک از کارهای زیر برای بیمار مناسب است؟

الف) روغن آلفا ـ کری باید برای پیشگیری از خشکی پوست به آب اضافه کند.
ب) بیمار باید برای ایجاد خلوت درب را قفل کند.
ج) بیمار برای پیشگیری از افتادن باید در خارج از وان کمک شود.
د) درجه‌حرارت آب خیلی‌گرم باشد زیرا بیمار به‌آسانی لرز می‌کند

۱۲ـ به هنگام مراقبت صبحگاهی، بیمار از پرستار درخواست می‌کند که او را با یک تیغ یکبار مصرف بتراشد، قبل از تراشیدن پرستار باید:

الف) مجوز این کار را داشته باشد.
ب) چنانچه بیمار داروی ضد انعقاد می‌گیرد، کنترل آزمایشات را انجام دهد.
ج) فقط یک عضو از خانواده بیمار ممکن است بیمار را بتراشد.
د) وضعیت بیمار در تخت صاف باشد.

۱۳ـ برای خارج کردن لنزهای تماسی از چشم بیماری که خودش مسئول نیست پرستار باید:

الف) به آرامی چشم را با یک محلول شستشویی از گوش داخلی به طرف گوشه خارجی بشوید.

ب) لنز را با انگشت نگهدارد و با یک حرکت پیچشی آرام آن را خارج نماید.

ج) دستکش استریل قبل از انجام روش بپوشد.

د) مطمئن باشد که لنز روی قرینه تمرکز یافته قبل از اینکه پلکها را برای آزاد کردن لنز آزاد نماید.

۱۴ـ برای خارج کردن گان بیمار وقتی که خط وریدی دارد، پرستار باید:

الف) ست سرم را ببندد و آن را از گان عبور دهد.

ب) گان را قیچی کند.

ج) ست سرم و سرم را از آستین گان عبور دهد و ست را دست نخورده نگهدارد.

د) ست را از سرم جدا کند و آن را از گان عبور دهد.

۱۵ـ در موقع درست کردن تخت اشغال، برای پرستار مهم است که کدامیک از کارهای زیر را انجام دهد؟

الف) وضعیت تخت را در سطح پایین نگهدارد.

ب) از پتوی حمام یا حوله برای گرم کرد و حفظ خلوت استفاده کند.

ج) میله‌های کنار تخت را در دو طرف بالا ببرد.

د) مرتب از یک طرف تخت به طرف دیگر آن برود و ملافه‌ها را درست کند.



■ پاسخنامه همراه با دلایل

۱ـ پاسخ صحیح گزینه «ج» است. با افزایش سن، پوست خشک می‌شود، چربی زیر پوست کاهش می‌یابد، ترشح غدد چربی کم می‌شود و پوست نازکتر می‌شود.

۲ـ پاسخ صحیح گزینه «الف» است. ساق پاها باید بر طبق دستور کارخانه اندازه‌گیری شود، قبل از اینکه جوراب ضد واریس دستور داده شود جورابها ممکن است بیمار را وقتی که در وضعیت نشسته قرار دارد، ناراحت کند، زیرا وریدهای پا پر خون می‌شوند. ماساژ دادن پا خطرناک است، زیرا ممکن است لخته خون جدا شده و در جریان خون وارد شود. جورابها باید همیشه روزانه یکبار در آورده شود.

۳ـ پاسخ صحیح گزینه «ب» است. محلول نرم کننده، پوست خشک را نرم می‌کند، در حالی که شستشوی مکرر و استفاده از الکل باعث خشکی بیشتر آن می‌شود دریافت ناکافی آب باعث کم آبی بدن و در نتیجه به خشکی پوست می‌انجامد.

۴ـ پاسخ صحیح گزینه «الف» است. شستن مکرر پوست با صابون، چربی و آلودگی‌ها را از بین می‌برد در صورتی که مالیدن کرم بر روی آن، منافذ پوست را مسدود می‌سازد. از فشار دادن جوش‌های سر سیاه باید اجتناب نمود، زیرا باعث عفونت آنها می‌شود.

۵ـ پاسخ صحیح گزینه «د» است. پیوره به التهاب محسوس لثه‌ها گفته می‌شود. در حالی که پوسیدگی دندان موجب فاسد شدن دندان می‌شود، شیلوزیس زخم لبهاست و گلوسیت التهاب زبان می‌باشد.

۶ـ پاسخ صحیح گزینه «ب» است. استفاده از دستکش یکبار مصرف، هم پرستار و هم بیمار را محافظت می‌کند وضعیت به پشت خوابیده مطمئن نیست، زیرا ممکن است باعث آسپیراسیون ترشحات یا مایعات شود مسواک نرم از تحریک و خونریزی از لثه‌ها جلوگیری می‌کند و شستشوی با فشار هرگز مطمئن نیست و بهترین محل شستشو آب است.

۷ـ پاسخ صحیح گزینه «ج» است. خواباندن بیمار به همان طرفی که چشم او باید شسته شود، از آلوده شدن چشم دیگر جلوگیری به عمل می‌آورد. از آب یا نرمال سالین برای شستشوی چشم باید استفاده کرد و برای هر بار شستشو، از یک سوآب پنبه استفاده نمود. همیشه چشم را باید از طرف گوشه داخلی به طرف گوشه خارجی جهت جلوگیری از وارد شدن ترشحات به داخل مجرای بینی اشکی شستشو داد.

۸ـ پاسخ صحیح گزینه «د» است. پاهای بیماران پیر باید روزی یکبار شسته شوند. اصلاح ناخن فرورفته در گوشت کار متخصص بیماریهای پا است و چیدن آن باید به دستور متخصص باشد. چیدن ناخنها تا حد امکان نباید کوتاه باشد زیرا باعث صدمه و تحریک انساج اطراف آن می‌شود. از الکل هرگز نباید استفاده شود زیرا باعث خشکی پوست می‌شود. ضمن اینکه مشکل در افراد پیرهمیشه خشکی پوست آنها است.

۹ـ پاسخ صحیح گزینه «الف» است. برای هر بار شستشو از یک سوآب پنبه جهت جلوگیری از آلودگی نقاط دیگر، استفاده می‌شود و باید همیشه شستشو را از محل با آلودگی کمتر به طرف محل با آلودگی بیشتر انجام داد. پوشیدن دستکش استریل در شستشوی پرینه ضرورت ندارد و پوشیدن دستکش یکبار مصرف کافی است. پوست ناحیه آلت بیماران مردی که ختنه نشده‌اند باید کشیده شود تا تمیز شود و سپس به آرامی به وضعیت قبلی برگردانیده شود.

۱۰ـ پاسخ صحیح گزینه «الف» است. گرچه کمبود مراقبت از خود بهداشتی / حمام کردن، ایزوله اجتماعی و عدم تحمل

فعالیت ممکن است تشخیص پرستاری مناسبی برای این بیمار باشد، ولی اولویت در این موقع خطر صدمه به یکپارچگی پوست می‌باشد. صدمه به پوست مثل زخم فشاری، ممکن است موجب عفونت شود و در این سنی که بیمار دارد می‌تواند جان او را تهدید کند.

۱۱ـ **پاسخ صحیح گزینه «ج» است.** عملکرد مطمئن پرستاری آن است که به بیماری که نمی‌تواند به خوبی راه برود و در وان و یا خارج وان کمک نماید. روغن الفاکری خطرناک است چون وان را لغزنده می‌کند. گرچه خلوت بیمار مهم است ولی اگر بیمار درب را قفل کند پرستار نمی‌تواند در یک موقعیت اورژانس به او کمک نماید. درجه حرارت آب باید گرمای راحتی در حدود ۴۳ تا ۴۶ درجه سانتیگراد داشته باشد. بیماران پیر به سوختگی حساسیت بیشتری دارند.

۱۲ـ **پاسخ صحیح گزینه «ب» است.** بیماری که داروی ضد انعقاد می‌گیرد باید توسط ماشین برقی اصلاح شوند که بهتر از تیغ است و می‌توان توسط خانوادهٔ بیمار یا مراقبت دهندهٔ دیگری به بیمار کمک نمود و بهتر است در وضعیت نشسته انجام شود که آب و صابون پشت سر بیمار نریزید.

۱۳ـ **پاسخ صحیح گزینه «د» است.** برای خارج نمودن لنز تماسی سخت، بالا و پایین پلک به آرامی دستکاری می‌شود تا به خارج کردن لنز از چشم کمک شود. لنز باید قبل از خارج شدن روی قرنیه باشد، نه روی صلبیه. تلاش زیاد برای با انگشت گرفتن لنز ممکن است موجب خراش روی قرنیه شود. اگر ترشح وجود دارد، دستکش تمیز لازم است.

۱۴ـ **پاسخ صحیح گزینه «ج» است.** سرم دست که از آبستن گان عبور داده شود سیستم استریل را سالم نگه می‌دارد. باز کردن خط وریدی موجب صدمه به سیستم استریل می‌شود. و احتمال عفونت دارد. بریدن گان نیز در یک موقعیت فوری مورد انتظار نیست.

۱۵ـ **پاسخ صحیح گزینه «ب» است.** استفاده از پتوی حمام یا حوله بیمار را گرم نگهداشته و خلوت او را فراهم نماید. پایین نگهداشتن وضعیت تخت و بالا بردن میله‌های کنار تخت ممکن است سبب کشیدگی عضلات در پشت پرستار شود. مرتب از یک طرف به طرف دیگر تخت رفتن باعث اتلاف وقت شده و کاری غیر سازمان یافته است.

فصل ۳۹

فعالیت

مریم حسین‌زاده



ژنویو آگوستوس، از زمان ابتلای همسر سالخورده‌اش به سکتهٔ مغزی یعنی تقریباً ۲ ماه پیش، مسئولیت مراقبت از وی را در خانه بر عهده گرفته است. وی اظهار می‌دارد: «تمام مدت مفاصل و استخوان‌هایم درد می‌کنند و برای مراقبت از ژوزف کارآیی چندانی ندارند. ژوزف هم برای حرکت، بیرون آمدن از تخت و جابجایی روی تخت به کمک زیادی محتاج است»



کلسی لستر، دختر ۱۰ ساله‌ای است که به دنبال بروز حادثه حین اسکی در بخش اطفال بستری شده است. وی هم اکنون بیهوش است و معلوم نیست بتواند دوباره هوشیاری خود را بازیابد. وی استراحت مطلق در بستر بوده و برای حفظ وضعیت صحیح بدن به تغییر مکرر وضعیت بدن و توجه به دامنهٔ حرکتی مفاصل نیاز دارد.



مگی ویات که در دههٔ ۳۰ زندگی خود به سر می‌برد به دلیل شکستگی تیبیای سمت راست، تحت درمان با وسایل تثبیت کنندهٔ خارجی قرار گرفته و بعد از آن به عفونت دچار شده است. پس از درمان عفونت، بیمار ترخیص می‌شود، و باید از صندلی چرخدار به اتومبیل مادرش انتقال یابد.

❖ توجه به مهارت‌های تلفیقی

انواع مهارتهای تلفیقی که برای پاسخگویی به نمونه‌های مطرح شده به آنها نیاز خواهید داشت عبارتند از:

مهارتهای شناختی

- دانش اولیه در مورد فیزیولوژی حرکت، اصول مکانیک بدن و عوامل مؤثر بر وضعیت بدن و حرکت، و عوارض مربوط به بی‌حرکتی.
- آگاهی از مشکلات متداول مرتبط با حرکت و فعالیت
- آگاهی از نحوهٔ بکارگیری صحیح مکانیک‌های بدن
- دانش در مورد طراحی و اجرای برنامهٔ مراقبتی جهت پیشگیری از عوارض مربوط به بی‌حرکتی و درمان مشکلات مربوط به حرکت.
- توانایی شناسایی عوارض احتمالی ناشی از عدم تحرک در بیمار دچار کما یا ملزم به استراحت در بستر.
- توانایی تلفیق اطلاعات موجود پیرامون اقداماتی که برای انتقال بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرند تا از ایمنی و آرامش آنها اطمینان حاصل گردد.
- توانایی شناسایی بیماران دچار اختلال در تحرک، همچنین تدوین و اجرای برنامه‌های مناسب جهت رفع این اختلالات.
- توانایی کار با افراد دچار مشکلات گسترده از جمله مشکلات حرکتی، مثل زن سالخورده‌ای که مراقبت از شوهرش را بر عهده دارد، یا دختر جوانی که به حالت کما فرورفته است و بالاخره زنی که برای درمان شکستگی دارای وسایل خارجی می‌باشد.

مهارتهای شناختی

- مهارت قوی بررسی و شناخت جهت شناسایی مشکلات مرتبط با عدم تحرک برای زن سالخورده‌ای که وظیفهٔ مراقبت از همسر بیمارش را در خانه بر عهده دارد. یا برای کودک دچار کما یا زنی که با شکستگی استخوان تیبیا روبروست.
- توانایی در استفاده صحیح از برنامه‌ها، مواد و وسایل لازم در پیشبرد وضعیت بدن و پیشگیری یا درمان عوارض مربوط به بی‌حرکتی.
- توانایی ارائه کمک‌های فنی پرستاری برای تأمین نیازهای بیماران در زمینهٔ حرکت و فعالیت
- توانایی انجام عملی تکنیک‌های فعال و غیر فعال دامنهٔ حرکتی
- توانایی انجام تکنیک‌های صحیح ورزشهای غیر فعال دامنهٔ حرکتی برای بیماری که مبتلا به کما بوده یا ملزم به استراحت‌بستر است.
- آگاهی از مکانیک‌های مناسب بدن هنگام تأمین نیازهای حرکتی بیماری که وظیفهٔ مراقبت از همسر بیمار خود در خانه را نیز بر عهده دارد، یا بیماری که دچار کما بوده و نمی‌تواند از بستر برخیزد.
- توانایی تغییر تکنیک‌ها در صورت ضرورت به منظور تأمین نیاز بیماران، از جمله زنی که برای درمان تیبیای شکستهٔ خود ناچار به استفاده از وسایل خارجی است.
- توانایی درخواست جهت دریافت کمک هنگام مواجهه با موقعیتی جدید، ناآشنا و بغرنج نظیر انتقال زنی با وسایل تثبیت کنندهٔ خارجی به داخل اتومبیل در زمان ترخیص

مهارتهای بین فردی

- نشان دادن مهارتهای قوی مردمی، از جمله توانایی برقراری ارتباط و تعامل مؤثر با بیماران و مراقبین، ضمن کمک به حرکت و فعالیت آنها
- توانایی تعامل مؤثر و همکاری مشترک با دیگر اعضای تیم مراقبت بهداشتی جهت تأمین نیاز بیمارانی که جهت حرکت محتاج کمک هستند.
- نشان دادن آگاهی در مورد محدودیت‌های فردی و تمایل افراد به دریافت کمک در صورت نیاز
- توانایی نشان دادن احترام به شأن انسانی و خودمختاری بیمار، بدون توجه به اینکه بیمار کودک دچار کما یا زن ترخیص شده با وسایل تثبیت شدهٔ خارجی می‌باشد یا زن سالخورده‌ای است که از همسر بیمار خود در خانه مراقبت می‌کند.
- توانایی تشویق بیماران و مراقبین آنها جهت به حداکثر رساندن میزان تحرک و وضعیت عملی و کارکردی آنها

مهارتهای اخلاقی و قانونی

- حس قوی مسئولیت پذیری در رابطه با بهداشت و تندرستی بیماران (نظیر زن سالمندی که از همسر بیمار خود مراقبت می‌کند یا کودک در حال کما و یا زنی که با شکستگی فمور از بیمارستان ترخیص شده است).
- توانایی تلفیق اصول و ضوابط اخلاقی و قانونی جهت حفظ ایمنی در انجام حرکت و فعالیت در خانه، پیشگیری از عوارض در کودک مبتلا به کما و ترخیص بیمار از بیمارستان
- تعهد به اجرای مراقبتهای پرستاری با کیفیت و ایمن در رابطه با بیماران دارای نیازهای حرکتی متفاوت و انجام این

مراقبت‌ها در محدودهٔ استانداردهای مراقبتی و حیطهٔ عملکردهای پرستاری.
- تمایل به حفظ پاسخگویی خود در برابر انجام مراقبتهای ایمن و با کیفیت بالا از بیمارانی با مراحل تکاملی مختلف و اختلالات‌حرکتی‌متفاوت، همچنین تمایل‌به حفظ پاسخگویی همکاران نسبت به انجام عملکردهایی ایمن و با کیفیت.
- نشان دادن حس قوی مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی.
- توانایی ایفای نقش به عنوان مدافع بیمار به منظور بالا بردن سطح کارآیی بیمار
- آشنایی با مسئولیت‌های پرستاری در زمینهٔ پیشگیری و درمان عوارض ناشی از عدم تحرک (مطابق با خط مشی‌های مؤسسه).
- توانایی ثبت مراقبت‌های پرستاری در رابطه با مشکلات حرکتی یا عدم تحمل فعالیت مطابق با خط مشی مؤسسه و به روش قانونی و قابل دفاع.

برآیندهای یادگیری

پس از پایان این فصل، یادگیرنده باید قادر باشد:

۱ـ نقش دستگاه اسکلتی، عضلانی و عصبی را در فیزیولوژی حرکت توصیف نماید.
۲ـ ۷ متغیر را که بر حرکت و وضعیت بدن اثر دارند مشخص نماید.
۳ـ تفاوت بین ورزش ایزوتونیک، ایزومتریک و ایزوکینتیک را مشخص سازد.
۴ـ اثرات ورزش و عدم تحرک را بر سیستم‌های بزرگ بدن شرح دهد.
۵ـ وضعیت بدن، حرکت و تحمل فعالیت را شرح داده و از سؤالات مناسب جهت مصاحبه و مهارتهای بررسی فیزیکی استفاده نماید.
۶ـ به ذکر آن دسته از تشخیص‌های پرستاری بپردازد که بطور صحیح مشکلات حرکتی نیازمند به تدابیر پرستاری را مشخص می‌سازند.
۷ـ مکانیک بدن را به طور مناسب در زمان تغییر وضعیت بدن، حرکت، بلند کردن و جابجایی بیمار به کار گیرد.
۸ـ به طرح‌ریزی برنامهٔ ورزشی بپردازد.
۹ـ مراقبت‌های پرستاری در رابطه با تشخیص‌های پرستاری انتخاب شده در زمینهٔ مشکلات حرکتی را برنامه‌ریزی اجرا و ارزشیابی نماید.

واژه‌های کلیدی

ورزش فعال	active exercise	ورزش ایزوتونیک	isotonic exercise
آنکیلوز	ankylosis	لیگامان‌ها	ligaments
آتروفی	atrophy	تعادل منفی نیتروژن	negative nitrogen balance
مکانیک‌های بدن	body mechanics	نرون‌ها	neurons
غضروف	cartilage	ارتوپدی	orthopedics
انقباضات مرضی	contractures	استئوپروز	osteoporosis
تاب دادن پاها	dangling	پارزی (فلج خفیف)	paresis
ورزش	exercise	ورزش غیر فعال	passive exercise
شلی (فلکسید)	flaccidity	دامنهٔ حرکتی	range of motion
افتادگی پا	footdrop	اسپاسم	spasticity
ورزش ایزوکینتیک	isokinetic exercise	تاندون‌ها	tendons
ورزش ایزومتریک	isometric exercise	تون عضلانی	tonus

برای اکثر افراد سالم توانایی حرکت یک امتیاز محسوب می‌گردد. با هماهنگی سیستم اسکلتی عضلانی و سیستم عصبی افراد قادرند با یستند، راه بروند و به سمت هرچه می‌خواهند حرکت کرده و آن را بگیرند. مردم معمولاً تا زمانی که صدمه یا بیماری رخ ندهد، اهمیت مراقبت از سیستم‌هایی که وظیفهٔ پیشبرد و هماهنگی حرکات سالم را بر عهده دارند درک نمی‌کنند (به نمای عملکردهای توام با تفکر رجوع کنید) اگرچه بعضی از افراد به ورزش و حفظ تناسب اندام اهمیت می‌دهند ولی زندگی اکثر مردم کم تحرک یا بی تحرک بوده و همین مسئله آنها را مستعد بروز تغییرات دژنراتیو و بیماریهای مزمنی چون فشار خون بالا، بیماری ایسکمیک قلب و دیابت می‌نماید.

با توانایی حرکت بسیاری از نیازهای اساسی انسان نیز برطرف می‌شود. گرچه نفس کشیدن در طی استراحت نیز ادامه دارد، ولی حرکت، عملکرد ریوی را تسهیل نموده و جریان خون محیطی را افزایش می‌دهد. از آنجا که ورزش منظم به عملکرد طبیعی تمام سیستم‌های بدن کمک کرده و بی حرکتی بر سیستم‌های بدن اثرات منفی می‌گذارند، لذا پرستاران می‌توانند با تشویق افراد به ورزش، در پیشبرد بهبودی، پیشگیری از بیماری و اعادهٔ سلامتی کمک نمایند. آنچه مسلم است، پیامدهای زندگی ساکن و بدون تحرک جدی‌تر از خطرات مرتبط با ورزش می‌باشد.

این فصل فیزیولوژی حرکت، اصول مکانیک بدن و عوامل مؤثر بر حرکت و وضعیت بدن را شرح می‌دهد. بخش جامع و کاملی از این فصل به تفاوت انواع ورزشها، تشریح نقش ورزش و پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامتی، توجه به خطرات ورزش و طرح‌ریزی برنامه‌های ورزشی اختصاص یافته است. اثرات عدم تحرک بر سیستم‌های بدن همراه با تدابیر پرستاری مربوطه شرح داده شده‌اند. تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به وضعیت حرکتی بیمار می‌تواند مطرح کنندهٔ تشخیص‌های پرستاری: «اختلال در تحرک فیزیکی یا عدم تحمل فعالیت» و یا دیگر تشخیص‌های پرستاری در زمینهٔ تأثیر مشکلات حرکتی بر دیگر فعالیت‌های انسان باشد. در این فصل برآیندهای مورد انتظار تعیین گردیده و راهکارهای خاص پرستاری نیز ارائه شده‌اند. طرح مراقبت پرستاری نیز نشان می‌دهد که چگونه دانش و آگاهی پرستار از مکانیک بدن و حرکت می‌تواند با انجام تدابیر پرستاری خاص به پیشبرد سلامتی و تناسب بدن و رفع مشکلات حرکتی کمک نماید.

فیزیولوژی حرکت

حرکات ارادی و هماهنگ بدن به فعالیت سیستم‌های اسکلتی عضلانی و عصبی نیاز دارد. در ذیل فیزیولوژی حرکت مدور شده است.

سیستم اسکلتی

چارچوب استخوان‌ها و غضروف‌ها که اعضای بدن را محافظت نموده و به ما اجازهٔ حرکت می‌دهد، سیستم اسکلتی نامیده می‌شود. عملکرد این سیستم شامل موارد زیر است:

- از بافت‌های نرم بدن محافظت می‌کند (حفظ فرم و شکل بدن)
- از دستگاههای حساس بدن مانند قلب، مغز، ریه و نخاع محافظت می‌کند.
- با چسبیدن به سطوح عضلات، تاندون‌ها و لیگامان‌ها، کشش استخوانی ایجاد کرده و حرکت را تسهیل می‌نماید.
- منبعی از املاح نمک و چربی محسوب می‌گردد.
- سلولهای خونی تولید می‌کند (هماتوپویزیس[1])

در بدن انسان ۲۰۶ قطعه استخوان وجود دارد که بر حسب شکل تقسیم می‌شوند. استخوان‌های بلند، در اندام‌های انتهایی فوقانی و تحتانی هستند (مثل استخوان بازو و ران) و سبب بلندی طول قد می‌شوند. استخوان‌های کوتاه در مچ دست و پا قرار دارند و به حرکت کمک می‌کنند و بالاخره استخوان‌های پهن، نسبتاً نازک هستند (مثل دنده‌ها و تعدادی از استخوان‌های جمجمه) و به شکل و طرح ساختمان‌های بدن کمک می‌نمایند. استخوان‌های نامنظم، استخوان‌هایی هستند که در این طبقه‌بندی قرار نمی‌گیرند (مثل استخوان‌های آرواره و ستون مهره‌ها).

استخوان‌ها به حدی سفت و سخت هستند که نمی‌توانند بدون تحمل آسیب‌دیدگی خم شوند به همین دلیل تمامی حرکاتی که منجربه تغییر وضعیت بخشهای استخوانی بدن می‌شود در مفاصل صورت می‌گیرد. واژه‌های مفصل و بند، به مناطقی اطلاق می‌گردند که در حد فاصل دو استخوان قرار دارند. مفاصل نیز بر حسب میزان حرکتشان به چند دسته تقسیم می‌شوند. مفاصلی که آزادانه حرکت می‌کنند به مفاصل سینوپال یا دیارتروز معروفند، بین این مفاصل فضا وجود دارد. حرکات این مفاصل عبارتند از: چرخش به طرف خارج، چرخش به طرف داخل، خم شدن، راست شدن و حرکت دورانی. حرکات مخصوص ساعد، مچ پا و ترقوه شامل حرکت رو به پائین، حرکت رو به بالا، حرکت به سمت داخل و حرکت به سمت خارج است. این حرکات در جدول ۳۹ـ۱ و در روش ۳۹ـ۲ به ترتیب تعریف

1- Hematopoiesis

عملکردهای توام با تفکر: چالش‌هایی در برابر مهارتهای تکنیکی

سال پیش وقتی دورهٔ بالینی داخلی ـ جراحی را می‌گذراندم، وظیفهٔ مراقبت از مگی ویات به من سپرده شد. او دههٔ ۳۰ دوران زندگی خود را پشت سر می‌گذاشت و در پای راست خود دارای یک وسیلهٔ تثبیت کنندهٔ خارجی بود. مگی برای ترمیم شکستگی تیبیا، تا به حال ۳ مرتبه تحت عمل جراحی قرار گرفته بود. عفونت ایجاد شده توسط وسیلهٔ تثبیت کنندهٔ خارجی درمان و مگی آمادهٔ ترخیص بود، روز ترخیص از من خواسته شد تا مراقبت وی را بر عهده گیرم. تمام طول روز من در کنار او بودم، پرستار از من درخواست کرد تا مگی را تا اتومبیلش همراهی کنم. من در مورد این مسئله که آیا می‌توانم مگی را ضمن داشتن وسیلهٔ تثبیت کنندهٔ خارجی، جهت سوار شدن به اتومبیل یاری کنم اندکی نگران و دلواپس بودم چون او اصلاً نمی‌توانست پایش را خم کند. در واقع دو انتخاب پیش روی من قرار داشت: یا به او در سوار شدن بر اتومبیل کمک کنم و امیدوار باشیم که هیچ مشکلی پیش نخواهد آمد و یا به پرستار بگویم نمی‌توانم این کار را انجام دهم چون قبلاً تجربهٔ انتقال بیماران دارای وسیله به اتومبیل را نداشته‌ام. در حقیقت من تمایل داشتم بیمار را همراهی کنم و در مرحلهٔ آخر ترخیص هم با او باشم.

تفکر پیرامون مسئله: عملکردهای احتمالی

- بیمار را به سمت اتومبیل برده و تمام سعی خود را بکنم تا او بتواند سوار اتومبیل شود.
- به پرستار بگویم توانایی و مهارت این را ندارم که به بیمار در سوار شدن به اتومبیل کمک کنم و از او بخواهم خود این کار را انجام دهد.
- به پرستار بگویم واقعاً تمایل دارم به بیمار در سوار شدن به اتومبیل کمک نمایم اما احساس می‌کنم از تجربهٔ کافی در این زمینه برخوردار نیستم، آیا شما می‌توانید به من کمک کنید.
- قبل از آوردن بیمار به طبقهٔ پایین جهت سوار شدن به اتومبیل، از پرستار بخواهم بهترین روش انتقال بیمار به داخل اتومبیل را نشان دهد.

ارزیابی یک نتیجهٔ خوب: چطور می‌توان موفقیت را تعریف کرد؟

- از بیمار با کیفیتی بسیار بالا مراقبت خواهد شد و وی در طول نقل و انتقال حداقل میزان درد را تجربه خواهد کرد.
- من از این تجربه درس گرفته و برای آینده مهارت و دانش کسب می‌کنم.
- حداقل آن است که بیمار بیمار آسیب نمی‌بیند و شاید از عملکرد من فوایدی نیز برای وی حاصل شود.

یادگیری فردی: پیش به سوی آینده

متأسفانه، در این مورد، من تصمیم درستی نگرفتم. با خود گفتم انتقال این بیمار به داخل اتومبیل که از روحیهٔ همکاری بالایی برخوردار است و مادرش نیز به وی کمک می‌کند نباید کار سختی باشد. اما خیلی اشتباه کردم. در واقع باید از فرد دیگری کمک می‌گرفتم. اتومبیل بسیار کوچک بود و شاندن بیمار در صندلی عقب با پای کاملاً صاف بسیار دشوار به نظر می‌آمد. بیمار به دلیل وجود وسیله اندکی دچار درد بود، و هر بار که ما تلاش می‌کردیم تا وی را به داخل اتومبیل انتقال دهیم دردش بیشتر می‌شد. خوشبختانه در این موقع فیزیوتراپی که برای کمک به یک بیمار دیگر آمده بود به یاری ما شتافت و من متوجه شدم نه تنها آنقدر مهارت ندارم که وی را شخصاً به داخل اتومبیل انتقال دهم، بلکه این کار حقیقتاً کمک ۲ نفر را می‌طلبد. فیزیوتراپ بهترین روش انتقال بیمار را به من آموزش داد و من از این تجربه چیزهای زیادی آموختم. بسیار خوش شانس بودم که بیمارم از درک و فهم بالایی برخوردار بود و خود را با موقعیت تطبیق داد. من یاد گرفتم که چگونه بیمار را بطور صحیح انتقال دهم و مهمتر از همه فهمیدم اعتماد به استعداد و مهارت شخصی خود تا چه اندازه حائز اهمیت است. بطوری که باید در صورت نیاز حتماً از افراد دیگر تقاضای کمک کرد. به عبارت دیگر همیشه آمادگی بیشتر، از آمادگی کمتر بهتر است.

بازاندیشی

فکر می‌کنید شما در موقعیتی مشابه چگونه رفتار می‌کردید؟ چرا؟ این رویداد در مورد کفایت مهارتهای فردی‌تان در مورد عملکردهای تخصصی چه حقیقتی را بازگو می‌کند؟ آیا می‌توانید به عملکردهای نوع دیگر فکر کنید؟ برای پاسخدهی مناسب به این موقعیت نیازمند چه مهارتهای دیگری هستید؟ (شناختی، بین فردی، تکنیکی، اخلاقی / قانونی) فکر می‌کنید چه عواملی بر عملکرد دانشجوی پرستاری تأثیر گذاشته‌اند؟ تصور کنید بیمار به جای وسیلهٔ تثبیت کننده ناچار به استفاده از عصا یا واکر بود. در این حالت عملکرد دانشجوی پرستاری چه تغییری می‌کرد؟ تصور کنید فیزیوتراپ به موقع در صحنه حاضر نمی‌شد. در این حالت بهترین عملکرد دانشجوی پرستاری چه بود؟ آیا با معیارهایی که موفقیت نتیجه را ارزیابی می‌کنند موافق هستید؟ آیا دانشجوی پرستاری توانست این معیارها را تحقق بخشد؟ لطفاً پاسخ خود را شرح دهید.

و شرح داده شده‌اند. انواع مفاصلی که در بدن حرکت آزادانه دارند عبارتند از:

- مفصل کاسه‌ای و توپی: سر گرد یک استخوان در حفره کاسه‌ای شکل استخوان دیگر فرو می‌رود. خم شدن، راست شدن، دور شدن و نزدیک شدن به بدن، همچنین حرکت دورانی در این مفاصل انجام می‌گیرد (مثل مفاصل شانه و مفصل ران).
- مفصل کندیلی: سر بیضی شکل (تخم مرغی) یک استخوان در حفرهٔ کم عمق استخوان دیگر فرو می‌رود. حرکاتی چون خم شدن، راست شدن، دور شدن ونزدیک شدن به بدن توسط این مفاصل انجام می‌گیرد (مثل مفصل مچ دست).
- مفصل لغزشی: سطوح مفصل صاف می‌باشند. دور شدن و

نزدیک شدن به بدن و خم و راست شدن از حمله حرکات این مفاصل هستند (مثل استخوان‌های مچ دست و مچ پا)

- مفصل لولایی: سطح قرقره مانند استخوان در سطح مقعر مانند استخوان دیگر فرو می‌رود. در این مفصل تنها خم و راست شدن انجام می‌گیرد (مثل آرنج، زانو و مفاصل مچ پا)
- مفصل محوری: ساختمان حلقه مانندی که حول یک محور می‌چرخد. حرکت در این مفاصل شامل حرکت دورانی است مثل چرخاندن دستگیره در (مفاصل واقع در دو انتهای رادیوس و اولنار و مفاصل مابین اولین و دومین مهرهٔ گردنی)
- مفصل زینی: سطوح استخوان در یک قسمت محدب بوده و در طرف دیگر مقعر است. حرکات پهلو به پهلو و پشت به جلو از حرکات این نوع مفاصل می‌باشند (مثل مفصل ما بین تراپزیوم و متاکارپال انگشت شست دست).

قدرت و قابلیت انحنای سیستم اسکلتی به غضروف‌ها، تاندون‌ها و لیگامان‌ها نیز بستگی دارد. لیگامان‌ها طناب‌های سفت و فیبروزی هستند که مفاصل استخوانها و غضروف‌ها را به هم ارتباط می‌دهد. تاندون‌ها نیز طناب‌های قابل انعطاف محکم و قوی و غیر قابل ارتجاع می‌باشند که عضله را به استخوان وصل می‌کنند. غضروف بافت همبند غیر عروقی است که در مفاصل، بینی، گوش، حلق، تراشه و حنجره قرار دارد.

سیستم عضلانی

سیستم عضلانی از سه نوع عضله تشکیل شده است:

۱) عضلات اسکلتی

۲) قلبی

۳) عضلات صاف یا احشایی

سیستم عضلات اسکلتی شامل بافت همبند و بافت عضلات اسکلتی بوده و ارگانهای عضلانی فرد را به وجود می‌آورد، مثل ماهیچهٔ دو سر بازو. استخوان‌ها و مفاصل به بدن شکل داده و به عنوان اهرم و نقطهٔ اتکای بدن عمل می‌کنند و بدین ترتیب حرکت را امکان‌پذیر می‌سازند. در اثر انقباض عضلهٔ مخطط و وارد آمدن نیرو بر تاندون حرکت بوجود می‌آید، که به نوبهٔ خود باعث کشیدگی استخوان می‌شود. هر عضله معمولاً دو نقطهٔ اتصال به استخوان دارد: (۱) اتصال عضله به قسمت کم حرکت‌تر استخوان که به آن نقطه مبدأ[1] می‌گویند (۲) اتصال عضله به قسمت متحرک‌تر استخوان که به آن نقطهٔ اتصال[2] اطلاق می‌گردد. بین این دو نقطه تنهٔ عضله قرار دارد. قابلیت تحریک‌پذیری، انقباض، انبساط و قابلیت ارتجاعی عضلات باعث ایجاد سه عمل مهم در بدن می‌شود:

- حرکت
- حفظ وضعیت بدن (انقباض ماهیچهٔ اسکلتی بدن را در وضعیت‌های ساکن و بدون حرکت نگه می‌دارد).
- ایجاد گرما (انقباض عضلات اسکلتی تولید گرما نموده و به حفظ درجه حرارت بدن کمک می‌کند)

سیستم عصبی

سیستم‌های اسکلتی و عضلانی بدون فعالیت سیستم عصبی قادر به حرکت ارادی نخواهند بود. تکانه‌های عصبی عضله را جهت انقباض تحریک نموده و به طور اختصاصی‌تر به این صورت عمل می‌کند:

- سیستم عصبی آوران اطلاعات را از گیرنده‌های محیطی بدن به سیستم عصبی مرکزی (CNS) می‌آورد (مثل فشار جزیی روی بینی)
- سلولهای عصبی که نرون نامیده می‌شوند مسئول هدایت تکانه‌ها (ایمپالس‌ها) از یک قسمت بدن به قسمت‌های دیگر می‌باشند.
- این اطلاعات بوسیلهٔ سیستم عصبی مرکزی دریافت گردیده و بر اساس آن یک پاسخ معین صادر می‌گردد (مانند: یک مگس روی بینی من است، می‌خواهم آن را دور کنم).
- سیستم عصبی وابران پاسخ را از سیستم عصبی مرکزی بوسیلهٔ سیستم عصبی سوماتیک (پیکری) به ماهیچه‌های اسکلتی می‌آورد (مثل انقباض عضلات بازو، مچ دست و دست و دور شدن مگس از روی صورت).

مکانیک بدن

منظور از مکانیک بدن، استفادهٔ مؤثر از بدن به عنوان یک ماشین یا وسیلهٔ جابجایی می‌باشد. مکانیک بدن رابطهٔ مستقیمی با عملکرد موثر بدن دارد. در زمان فعالیت و حتی طی دورهٔ استراحت بایستی بطور صحیح از اصول مکانیکی بدن استفاده نمود تا از آسیب‌دیدگی و درد عضلات و مفاصل پیشگیری بعمل آید. از آنجا که استفادهٔ درست از مکانیک بدن قدم دیگری در پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامتی است، پرستار مسئولیت سنگینی در آموزش مستقیم و غیر مستقیم استفاده از مکانیک بدن دارد (به کادر «ارتقای سلامتی ۱-۳۹: فعالیت» رجوع کنید). توانایی ارزیابی نیازهای عضلانی ـ اسکلتی بیمار نیازمندداشتن اطلاعات دقیق از مکانیک بدن و استفادهٔ صحیح از آن است. از طرفی در انجام هر فعالیت ساده‌ای نظیر جابجا کردن صندلی جهت خارج کردن بیمار از تخت نیز باید نسبت به این اصول

1- Point of origin
2- Point of insertion

جدول ۱ـ۳۹. واژه‌های معمول مورد استفاده در توصیف وضعیت‌ها و حرکات بدن

واژه	تعریف و مثال
ابداکسیون (دور شدن)	ـ دور شدن یکطرفهٔ قسمتی از بدن از خط میانی بدن مثل دور کردن بازو از بدن
اداکسیون (نزدیک شدن)	ـ نزدیک شدن یکطرفه بخشی از بدن به خط میانی بدن مثل نزدیک کردن بازو به بدن
سیرکانداسیون	ـ حرکت چرخشی قسمت انتهایی یک اندام (دایرهٔ کامل) در حالی که قسمت پروگزیمال اندام و استخوان مربوط به آن بی حرکت است مثل حرکت چرخشی ساق پا
فلکسیون (خم شدن)	ـ خم شدن یک عضو مثل خم کردن مهره‌های گردنی زمانی که سر به طرف پایین آورده می‌شود، در این حالت چانه به قفسه سینه مماس می‌گردد.
اکستانسیون (راست شدن)	ـ قرار گرفتن کلیهٔ قسمت‌های مختلف بدن در یک خط راست مثل مهره‌های گردن در حالی که سر به موازات ستون مهره‌ها قرار گرفته و در امتداد خط راست قرار دارد.
هایپراکستانسیون (راست شدن بیش از اندازه)	ـ راست شدن بیش از اندازهٔ عضو، طوری که زاویهٔ بیش از ۱۸۰ درجه باشد مثل نگاه کردن به سقف در این حالت مهره‌های گردن بیش از اندازه راست هستند.
دورسی فلکسیون	ـ خم شدن دست یا پا (از ناحیهٔ مچ) به سمت عقب مثل خم کردن پا از ناحیهٔ مچ طوری که به طرف زانو متمایل شود.
پلانتارفلکسیون	ـ خم شدن کف پا مثل زمانی که پا افتادگی پیدا نماید.
روتاسیون (چرخشی)	ـ چرخش حول یک محور، چرخش اندامها حول محور خود مثل چرخش شست پا به دور خود.
اینترنال روتاسیون (چرخش به داخل)	چرخش قسمتی از بدن حول محور خود به طرف خط میانی بدن، مثل چرخش پا از ناحیهٔ مفصل ران به داخل و قرا رگرفتن شست پا بطرف خط میانی بدن
اکسترنال روتاسیون (چرخش به خارج)	ـ چرخش قسمتی از بدن حول محور خود به طرف خارج خط میانی بدن مثل چرخش پا از ناحیهٔ مفصل ران به طرف خارج و قرار گرفتن شست پا در جهت مخالف خط میانی بدن
حرکات خاص	
پروناسیون	ـ قرارگیری در وضعیت دمر یا رو به سطح زمین، مثلاً قرار گرفتن فرد در وضعیت دمر بدان معناست که وی رو به شکم خوابیده است یا پروناسیون کف دست به حالتی اطلاق می‌شود که در ان ساعد چرخیده و کف دست رو به پایین و سطح زمین قرار می‌گیرد.
سوپیناسیون	ـ قرارگیری در وضعیت طاقباز یا پشت به سطح زمین مثلاً قرار گرفتن فرد در وضعیت طاقباز بدان معناست که پشت وی روی زمین قرار دارد یا سوپیناسیون کف دست به حالتی اطلاق می‌شود که در آن ساعد چرخیده و کف دست رو به بالا قرار می‌گیرد.
اینورسیون	ـ چرخش پاشنهٔ پا به طرف داخل (این حالت در مچ پا اتفاق می‌افتد)
اورسیون	ـ چرخش پاشنهٔ پا به طرف خارج (این حالت در مچ پا اتفاق می‌افتد).

آگاهی داشت و از آنها استفاده کرد. پرستارانی که آگاهانه، عادات و عملکردهای مناسب را ترویج می‌کنند به دیگران نحوهٔ صحیح استفاده از سیستم عضلانی ـ اسکلتی را نشان می‌دهند. در خانه نیز، پرستاران حین کمک به بیمار جهت پوشیدن لباس، یا هنگام جابجایی و مراقبت از وی می‌توانند الگویی برای مکانیک صحیح بدن باشند. به مراقبین در خانه باید یادآوری کرد که پیشگیری از مشکلات مربوط به کمر مؤثرتر از درمان آنها می‌باشد.

ژنویوآگوستوس را به خاطر آورید، زنی که مراقبت از همسر سالخورده‌اش را بعد از سکتهٔ مغزی در خانه به عهده گرفته بود. ژنویو از درد استخوان و مفاصل شکایت دارد. پرستار باید وضعیت حرکتی وی را بررسی نماید و اگر مکانیک بدن علت احتمالی ناراحتی وی است، عدم استفادهٔ صحیح از مکانیک بدن را نیز مورد بررسی قرار دهد. پرستار در خلال جلسات ملاقات در خانه باید به عنوان الگوی مکانیک صحیح بدن رفتار کند و استفادهٔ صحیح و مناسب از مکانیک بدن را آموزش داده یا بر آموزشهای قبلی تأکید ورزد.

ارتوپدی، حوزه‌ای است که در آن از اختلالات ساختمانهای بدنی مورد استفاده در حرکت، پیشگیری به عمل می‌آورند یا این اختلالات را اصلاح می‌کنند. پرستاران تشخیص داده‌اند اصول ارتوپدی نه تنها جهت بیماران دچار شکستگی بلکه در دیگر بیماران با تغییرات پاتولوژیک اسکلتی نیز قابل اجراء می‌باشد.

بدن بطور مناسب حفظ نگردد خطر انقباضات پاتولوژیک یا مرضی عضله (انقباض دائم و مستمر عضلات) در بیمار افزایش می‌یابد. عملکرد فرایندهای گوناگون داخلی بدن نیز تابع وضعیت بدن و حرکت و یا فقدان آنها می‌باشد.

مفاهیم مکانیک بدن

جهت درک بیشتر مکانیک بدن مفاهیمی چون وضعیت قرارگیری بدن[1]، تعادل[2] و حرکات هماهنگ[3] توضیح داده می‌شود.

وضعیت قرارگیری بدن

حالت یا وضعیت قرارگیری مناسب بدن باعث حداکثر تعادل و فعالیت اسکلتی ـ عضلانی شده و در ارتقای عملکردهای فیزیولوژیکی سالم موثر می‌باشد. یک فرد دارای وضعیت بدنی صحیح، علاوه بر حفظ تعادل، هیچگونه کششی در عضلات تاندون‌ها و مفاصل تجربه نخواهد کرد.

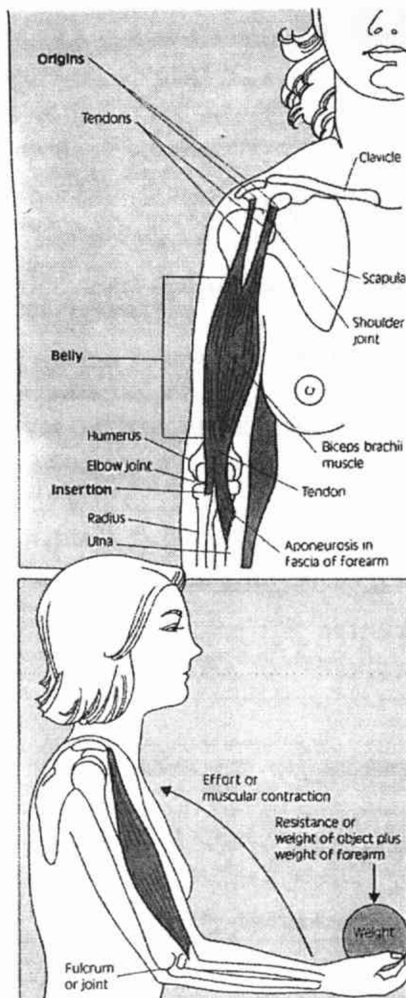
به مشکل مگی ویات توجه کنید، زنی که با وجود وسیلهٔ تثبیت کنندهٔ خارجی در محل از بیمارستان ترخیص شده بود. اگرچه وسیله، سنگین و دست و پا گیر است و وی را ملزم می‌دارد پایش را صاف نگهدارد، اما حفظ وضعیت صحیح بدن برای مگی ضروری خواهد بود چرا که بدین طریق از فشار ناخواسته بر دیگر قسمت‌های بدن جلوگیری به عمل خواهد آمد.

در قسمت بعدی این فصل، یعنی مبحث بررسی و شناخت، معیارهایی برای وضعیت صحیح قرارگیری بدن در حالت ایستاده، نشسته و خمیده مطرح گردیده است.

تعادل

وقتی بدن در وضعیت صحیح قرار داشته باشد، در حال تعادل نیز خواهد بود. منظور از تعادل آن است که مرکز ثقل نزدیک به نقطهٔ اتکاء باشد. زمانی که خط ثقل شیئی منطبق بر نقطهٔ اتکای آن باشد، شی مزبور سطح اتکای وسیعی خواهد داشت. مرکز ثقل هر شیء، نقطه‌ای است که تمام وزن آن شی بر آن نقطه استوار می‌باشد. زمانی که انسان در حالت ایستاده است، مرکز ثقل در مرکز لگن و خط فاصل ناف و سمفیز پوبیس قرار می‌گیرد. خط ثقل خطی است که بر مرکز زمین عمود می‌گردد. بنابراین نقطهٔ

1- body alignment
2- balance
3- coordinated movement



شکل ۱ـ۳۹. ارتباط بین استخوان‌ها و عضلات اسکلتی. (بالا) با کشیدگی عضلات اسکلتی بر روی استخوان‌ها حرکت ایجاد می‌گردد. (پایین) استخوان‌ها به عنوان اهرم و مفاصل به عنوان نقطهٔ اتکای اهرم عمل می‌کنند اصول مربوط به اهرم و نقطهٔ اتکاء با کمک حرکت ساعد در بلند کردن وزنه به نمایش در آمده است.

بطور مثال فردی که حرفه‌اش ایجاب می‌کند بیشتر بنشیند و فعالیت کمی داشته باشد، معمولاً دارای عضلات ضعیفی می‌باشد، یا بیماری که استراحت مطلق است با خطر کاهش تون عضلانی روبرو خواهد بود. تون، واژه‌ای است که در توصیف انقباض جزیی، معمولاً انقباض اسکلتی به کار می‌رود. با طولانی شدن زمان استراحت و فقدان حرکت و ورزش، چنانچه وضعیت

پیشبرد بهداشت سلامتی ۱ـ۳۹: فعالیت

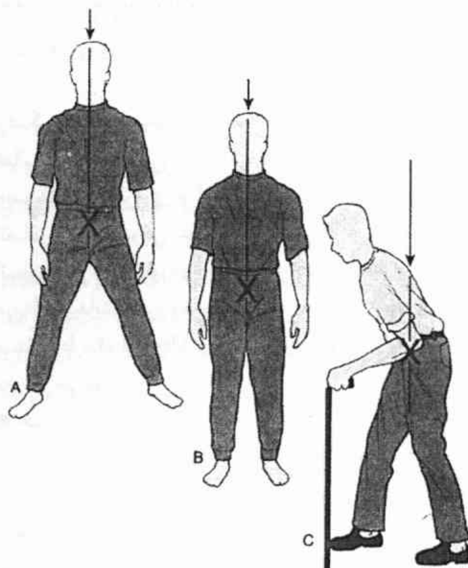
چک لیست بررسی و شناخت را برای تعیین چگونگی برآورده نمودن نیازهای بهداشتی بکار ببرید. سپس رفتارهای مناسب را برای توسعه مراقبت از خود انتخاب و پیشنهاد دهید.

چک لیست بررسی و شناخت	همیشه	گاهی	تقریباً هرگز
۱ـ شیوهٔ زندگی من نشان می‌دهد که برای ورزش به عنوان جزء مهمی از سلامتی ارزش زیادی قایل هستم (مثلاً به جای آسانسور از پله استفاده می‌کنم).	□	□	□
۲ـ در هفته سه تا ۴ مرتبه به مدت ۴۵ـ۳۰ دقیقه ورزش می‌کنم.	□	□	□
۳ـ جهت انجام کار روزانه انرژی کافی دارم.	□	□	□
۴ـ سعی می‌کنم وزن / BMI خود را در حد مناسب حفظ کنم.	□	□	□

رفتارهای مراقبت از خود

۱ـ تصمیم بگیرید برای ورزش روزانهٔ خود وقت بیشتری اختصاص دهید (استفاده از پله به جای آسانسور، پیاده‌روی به جای استفاده از اتومبیل، پارک کردن اتومبیل دورتر از محل کار به منظور طی مسافت بیشتر با پای پیاده).
۲ـ فعالیت‌های ورزشی مورد علاقهٔ خود را انتخاب کنید و برای انجام ورزش ۳ یا ۴ مرتبه در هفته به مدت ۴۵ـ۳۰ دقیقه برنامه‌ریزی نمایید.
۳ـ چنانچه جزو افراد در معرض خطر هستید، ورزشی را انتخاب نمایید که از نظر پزشکی برای شما بی خطر اعلام شده باشد. هنگام ورزش از وسایل محافظ و ایمنی استفاده کنید (مثل استفاده از کفشهای مخصوص دو مجهز به ساپورت‌های مناسب)
۴ـ برای پیشگیری از بی‌حوصلگی، از انواع ورزشهای مختلف استفاده کنید.
۵ـ قسمتی از وقت غذا را صرف قدم زدن و یا فعالیت دیگر نمایید.
۶ـ از دوست خود نیز دعوت به عمل آورید با شما ورزش کند، یا در برنامه‌های ورزشی باشگاهی شرکت نمائید.
۷ـ هم در فعالیت‌های تفریحی و هم موقع کار از اصول صحیح مکانیک بدن استفاده کنید.
۸ـ جلسات ورزشی را به تدریج اضافه کنید تا از صدمات عضلانی جلوگیری شود.
۹ـ شیوهٔ زندگی خود را ارزیابی نموده و مشخص سازید چه عواملی (مثل کم ارزش دانستن سلامتی یا ورزش، کم شدن انگیزه، کمبود وقت، نداشتن استراحت و تغذیهٔ نامناسب) مانع برنامه‌های ورزشی شما خواهند بود.

اتکاء ثبات شی را تأمین می‌سازد. هرچقدر نقطهٔ اتکای شی وسیع‌تر و به مرکز ثقل زمین نزدیک‌تر باشد، ثبات آن شی بیشتر خواهد بود. شکل ۲ـ۳۹ تعادل بدن را شرح داده است. پرستاران می‌توانند در حین کار با باز نمودن و دور کردن پاها از یکدیگر (وسیع شدن نقطهٔ اتکاء) و با خم نمودن مفصل ران و زانوان (نزدیک شدن به مرکز ثقل) تعادل بدن خویش را افزایش دهند. این دو مانور ساده اصول مهمی در مکانیک بدن بوده و پرستاران می‌توانند بدین وسیله کشش عضلانی اسکلتی را حین کار کاهش دهند، کشش عضلانی، اسکلتی هنگام کشیدگی بیش از اندازه یا کار بیش از اندازهٔ عضله یا واحد عضله ـ تاندون بوجود می‌آید. کشش عضلانی ـ اسکلتی، اغلب‌اوقات ناحیهٔ کمر و گردن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در مباحث بعدی این فصل، تروما یا صدمات وارد بر سیستم اسکلتی ـ عضلانی مورد بررسی قرار گرفته‌اند.



شکل ۲ـ۳۹. تأثیر سطح اتکاء و نیروی جاذبه (ثقل) بر تعادل نشان داده شده است. الف) خط ثقل از سطح اتکاء وسیع می‌گذرد. این فرد در میان سه حالت نشان داده شده از بیشترین ثبات برخوردار است. ب) با اینکه سطح اتکای فرد به اندازهٔ کافی وسیع نیست باز هم خط ثقل از آن می‌گذرد. این فرد کمتر از فرد وضعیت الف ثبات دارد. ج) خط ثقل از سطح اتکاء نمی‌گذرد و فرد ثبات ندارد.

حرکات هماهنگ بدن

از آنجا که پرستاران در هنگام مراقبت مستقیم از بیمار ناچار به تغییر وضعیت، چرخاندن و بلند کردن بیمار و وسایل می‌باشند، لازم است جهت پیشگیری از کشش عضلانی ـ اسکلتی و آسیب‌دیدگی، با آگاهی کامل این اقدامات را انجام دهند. زمانی که پرستار از عضلات بزرگ و قوی به جای عضلات ضعیف استفاده می‌نماید و از فواید اهرمها و نقاط اتکای بدن سود می‌جوید، این حرکات تسهیل می‌گردند. برای مثال، به جای سعی در کشیدن

بیمار به یک طرف تخت، پرستار می‌تواند زانوان را خم نموده و ساعد دو دست را در بالا و پایین باسن بیمار قرار دهد (ترجیحاً با کشیدن ملافه) و بیمار را به طرف خود بکشد. این یک حرکت هماهنگ است که اصول آن در زیر شرح داده شده است:

- پرستار گروه عضلات بزرگ یعنی عضلات خم کننده، راست کننده و دور کنندهٔ رانها، عضلات خم کننده و راست کنندهٔ زانوها و عضلات خم کننده و راست کنندهٔ بازوها را به جای عضلات کوچک به کار می‌گیرد.
- جهت بلند کردن بار یا وزنه برخلاف نیروی جاذبه (مقاومت) از استخوان‌های بازو و آرنج به عنوان اهرم و نقطهٔ اتکا استفاده می‌نماید (شکل ۱ـ۳۹).
- استفاده از ملافه جهت کشش، و وجود تشکی صاف، خشک و محکم، اثر اصطکاک را کاهش می‌دهد. اصطکاک نیروی لازم جهت به حرکت در آوردن شی را بالا می‌برد. سطوح زبر، مرطوب یا کثیف به اثرات اصطکاک کمک می‌کنند.
- جهت راحت‌تر حرکت دادن بیمار و کاهش مصرف انرژی، پرستار بازوان خود را زیر مرکز ثقل بیمار (مفصل هیپ) قرار داده و پشت بدن بیمار را به طرف خود سُر می‌دهد. پرستار تا آنجا که می‌تواند نزدیک به شی یا بیمار کار می‌کند تا از اثرات نیروهای موجود کاسته شود.

رفلکس‌های وضعیت دهنده به بدن

فعالیت سیستم عصبی و اسکلتی ـ عضلانی جهت حفظ تعادل و وضعیت بدن ضروری و لازم می‌باشد. تون وضعیت دهنده، انقباض مستمر برخی عضلات اسکلتی خاص می‌باشد که بدن انسان را در مقابل نیروی جاذبه به حالت قائم و صاف نگه می‌دارد، پیدایش تون وضعیت دهنده به عملکرد چندین رفلکس بستگی دارد که این رفلکس‌ها را نیز رفلکس‌های وضعیت دهنده به بدن می‌نامند:

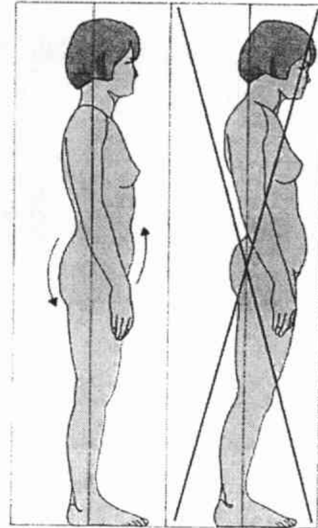
- حس لابیرنت: این حس وضعیت و حرکت توسط ارگان‌های حسی گوش داخلی ایجاد می‌شود. ارگانهای حسی مذکور توسط حرکت بدن (تغییر در وضعیت سر تحریک شده و تکانه‌های مربوطه را به مخچه انتقال می‌دهند.
- حس کینتیک یا تشخیص موقعیت فضایی بدن[1]: با کمک این حس، پس از حرکت مفاصل، پایانه‌های عصبی خاص در عضلات، تاندون‌ها و فاشیا تحریک می‌شوند و بدین‌ترتیب مغز از محل قرارگیری دست، پا و بخشهای دیگر بدن آگاه می‌گردد.
- رفلکس‌های بینایی یا اپتیک: بینایی با آگاه ساختن فرد از ارتباطات فضایی بدن با محیط (مثل نزدیکی به سقف، دیوار، اثاثیه، وضعیت کف اتاق و غیره) به وضعیت بدن کمک می‌کند.
- رفلکس‌های راست کننده یا کششی: بنظر می‌رسد وقتی عضلات راست کننده بیش از اندازه کشیده شوند (مثلاً هنگام خم شدن زانوان) تحریک آنها باعث رفلکس انقباض گردیده و همین امر به فرد در ایجاد دوبارهٔ وضعیت قائم و حفظ آن کمک می‌نماید (یعنی زانوها راست می‌شوند).

کاربرد مکانیک بدن

دستورالعمل‌های زیر در رابطه با مکانیک بدن برای همه از جمله پرستاران که در خانه و محل کار باید به فعالیت‌های فیزیکی بپردازند حائز اهمیت است. بسیار شنیده شده است که پرستاران به علت صدمات کمری، کار خود را ترک کرده و باز نشسته شده‌اند. آسیب‌دیدگی‌های گردن، شانه و پشت در اثر تلاش و کار فیزیکی بیش از حد، جزو آن دسته از صدمات ناشی از کار هستند که بیشترین هزینه را برای تسهیلات مراقبت بهداشتی در بر داشته‌اند (کانورسو، مورفی ۲۰۰۴، اون ۲۰۰۰). تکنیک‌های پیشگیری از فشار وارد بر کمر که باید بطور روتین در برنامه‌های جلوگیری از آسیب‌دیدگی گنجانده شوند به شرح زیر هستند:

- تا جایی که امکان دارد عادت کنید در وضعیت راست و قائم (حالت صحیح بدنی) قرار بگیرید. فعالیت‌ها را با وسیع نمودن سطح اتکاء و کم کردن نیروی ثقل انجام دهید.
- در فعالیت‌های سنگین باید از بلندترین و قویترین عضلات بازو و پا جهت ایجاد قدرت مورد نیاز استفاده نمایید. عضلات پشت به اندازهٔ کافی قوی نبوده و به آسانی در مواقع استفاده نامناسب دچار صدمه می‌شوند.
- به هنگام خم شدن، گرفتن و بلند کردن اشیاء یا کشیدن وسایل بر روی زمین باید از ماهیچه‌های منقبض شدهٔ کمربند داخلی به منظور ثبات لگن و حفاظت از احشاء شکمی استفاده کنید. کمربند داخلی با انقباض ماهیچه‌های گلوتئال در پایین باسن و ماهیچه‌های شکمی در بالا ایجاد می‌شود. بدین ترتیب با کشش عضلات کمر، دیافراگم طولانی‌تر می‌شود. شکل ۳ـ۳۹ کمربند داخلی را نشان می‌دهد.
- جهت بلند کردن و جابجا نمودن هر جسمی، خود را به آن نزدیک نمایید، بدین ترتیب مرکز ثقل بدن نزدیک جسم شده و سنگینی آن به جای افتادن روی کمر روی عضلات بازو و پا می‌افتد. طریقهٔ صحیح و غلط بلند کردن اجسام در شکل ۴ـ۳۹ نشان داده شده است.
- در کشیدن یا هل دادن وسایل و کشیدن آنها به طرف جلو و عقب بر پا تکیه نموده و از سنگینی بدن استفاده نمایید، این کار کشش روی بازوان و پشت را کاهش می‌دهد.

1- proprioceptor sense



شکل ۳ـ۳۹. (چپ) کمربند داخلی بالاست. عضلات شکم منقبض شده بطرف بالا کشیده می‌شوند و عضلات گلوتئال نیز منقبض بوده و بطرف پایین کشیده می‌شوند (راست): وضعیت سست و شل، عضلات شکم شل بوده و بدن در وضعیت صحیح قرار ندارد.

- از سنگینی بدن در هل دادن جسم به طرف جلو و کشیدن آن به طرف عقب استفاده نمایید.
- جهت افزایش ثبات بدن پاها را از هم باز کنید تا نقطهٔ اتکاء عریض‌تر گردد.
- زانوها را خم نمایید طوری که روی کمربند داخلی قرار گیرد و کاملاً به جسم نزدیک شده و آن را بلند کنید.

ژنویو آگوستوس را به خاطر آورید، زن سالخورده‌ای که مراقبت از همسرش را بعد از سکتهٔ مغزی بر عهده گرفته بود. پرستار باید هنگام آموزش طریقهٔ صحیح بالا بردن و پایین آوردن بیمار از تخت، اصول و ضوابط حرکت بدن و مکانیک بدن را نیز خاطرنشان سازد. با این اقدام علاوه بر اینکه تنش و فشار وارد بر بدن کاهش می‌یابد، از شکایت درد خانم ژنویو آگوستوس نیز کاسته می‌شود.

عوامل مؤثر بر وضعیت بدن و حرکت

عوامل بسیاری از جمله رشد و تکامل، سلامت جسمی و ذهنی، متغیرهای شیوهٔ زندگی، نگرش‌ها و ارزشها، خستگی و تنیدگی و عوامل خارجی مانند آب و هوا بر وضعیت فرد، حرکت و سطح فعالیت روزانهٔ وی تأثیر می‌گذارد.

ملاحظات مربوط به رشد و تکامل

سن و درجهٔ تکامل عصبی ـ عضلانی فرد بطور مشخص بر تناسب بدن، وضعیت و تودهٔ بدن، حرکات و رفلکسها تأثیر می‌گذارند. جهت ارتقای تکامل عصبی ـ عضلانی در بیماران کلیهٔ گروههای سنی، همچنین سهولت استفاده از بدن جهت انجام مراقبت از خود، پرستار باید با متغیرهای تکاملی و تأثیر آنها بر تناسب بدن و تکامل عصبی ـ عضلانی آشنا باشد. این متغیرها در جدول ۲ـ۳۹ همراه با اولویت‌های بررسی و شناخت پرستاری و تدابیر مربوط به آنها ارائه گردیده است.

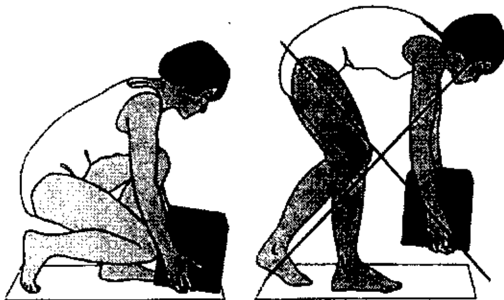
کلسی لستر، دختر ۱۰ ساله را به خاطر آورید که در حالت کما فرو رفته بود. معمولاً کودکان این سن بسیار فعال و پرتحرک هستند. اما کلسی به دلیل بروز حادثه ناچار باید بر روی تخت بیمارستان باشد و فعالیتهایش نیز به همان اندازه محدود شود. پرستار برای آگاهی از تکامل عصبی ـ عضلانی کلسی، باید تاریخچه‌ای از سطح فعالیتهای او قبل از بروز حادثه آورد. پس از آن پرستار از این اطلاعات استفاده کرده و برای به حداکثر رساندن سطح فعالیتهای کلسی برنامه‌ای متناسب با سن وی تدوین خواهد کرد.

سلامت جسمی

مشکلات سیستم عصبی و عضلانی ـ اسکلتی می‌توانند بر وضعیت و حرکت بدن تأثیر منفی گذارند. همچنین اثرات پاتولوژی و یا درمانی بسیاری از بیماریها و صدمات سیستم‌های دیگر بدن نیز بر حرکت فرد مؤثرند.

پرستار باید بداند چگونه مشکلات سلامتی حاد یا مزمن بر ظاهر کلی بیمار (وضعیت بدن، تناسب بدن و حرکات) و توانایی حرکات ارادی جهت انجام فعالیت‌های روزانه زندگی تأثیر می‌گذارد. پرستار برای بررسی واکنش بیمار نسبت به مشکلات حرکتی باید اقدامات زیر را انجام دهد:

- رفتارهای مؤثر در ارتقای سلامتی را در بیمار تقویت نماید (مثلاً به بیمار تبریک بگوید که علیرغم ضعف یا بی حسی باز هم از عهدهٔ جابجایی برمی‌آید).
- رفتارهایی که به مرور زمان نقائص حرکتی را بغرنج‌تر می‌سازند، اصلاح نماید (به عنوان مثال به بیمار دچار آرتریت که به علت سفتی و حساسیت مفاصل محدودیت شدید حرکتی دارد روشهای موفق تطابقی را آموزش دهد طوری که او کارها را با دیگر اعضای خانواده تقسیم کند، یا به بیمار مبتلا به آمفیزم که تحمل فعالیت در وی شدیداً کاهش یافته روشهای حفظ انرژی را تعلیم دهد.)



شکل ۴ـ۳۹ . (چپ) یا وضعیت صحیح بلند کردن اجسام را نشان می‌دهد. این فرد از عضلات بلند و قوی بازو و پا استفاده نموده بطوری که خط ثقل بین سطح اتکاء قرار می‌گیرد (راست) وضعیت غلط بلند کردن اجسام را نشان می‌دهد زیرا عضلات پشت کشیده شده و خط ثقل از سطح اتکاء نمی‌گذرد.

مشکلات عصبی، عضلانی، اسکلتی

ناهنجاریهای مادرزادی یا اکتسابی مربوط به وضعیت بدن

نوزاد دچار دیس‌پلازی تکاملی هیپ یا پاچنبری، نوجوان دچار اسکلیوز (خمیدگی کناری ستون فقرات) و فرد سالمندی با کیفوزیس (افزایش تحدب در انحنای ستون فقرات سینه‌ای) همگی مواردی از وضعیت‌های بدنی غیر طبیعی هستند که بر ظاهر و حرکت فرد اثر می‌گذارند. در اینگونه موارد مسئولیت‌های پرستار شامل موارد زیر می‌باشد:

- تشخیص سریع و به موقع مشکل و ارجاع بیماران
- آموزش، مشاوره و حمایت از بیماران به عنوان گزینه‌های درمانی
- توجه دقیق به تغییر وضعیت بدن، نقل و انتقال بیمار و انجام ورزش
- آموزش به بیمار و خانواده در رابطه با فعالیت‌های مراقبت از خود.

مشکلات مربوط به تشکیل استخوان یا تکامل عضله

مشکلات مربوط به تشکیل استخوان شامل موارد زیر است:

- مشکلات مادرزادی، مانند آکوندروپلازی (اختلالی که در آن استخوان‌سازی نارس باعث کوتاهی قد می‌شود) یا استخوان‌سازی نارس (که با افزایش شکنندگی استخوانها و شکستگی‌های متعدد در زمان تولد و در طول زندگی مشخص می‌گردد).
- مشکلات مربوط به تغذیه، بطور مثال کمبود ویتامین D، باعث تغییر شکل استخوان در حال رشد می‌شود (نرمی استخوان).
- مشکلات مرتبط با بیماری، نظیر بیماری پاژت، که در آن افزایش روند تخریب استخوان و دژنراسیون غیر طبیعی باعث درد استخوانی، تغییر شکل و شکستگی‌های پاتولوژیکی می‌گردد.
- مشکلات مرتبط با سن: مشکل استئوپروز، که در آن سرعت تخریب استخوان بیشتر از تشکیل و تولید استخوان است و در نتیجه استخوان نازک و بسیار شکننده می‌شود. دیستروفی‌های عضلانی، گروهی از اختلالات دژنراتیو پیشروندهٔ ارثی هستند که با ضعف عضلات اسکلتی همراه می‌باشند. این اختلالات از نظر نوع گروه عضلانی در گیر و دورهٔ بالینی متفاوت دارند. میاستنی گراو، نوعی اختلال توام با ضعف عضلات اسکلتی است که در آن به دلیل ناهنجاری موجود در محل اتصال عصب به عضله، فیبرهای عضلانی منقبض نمی‌شوند.

مسئولیت‌های پرستار در رابطه با بیماران دچار مشکل در روند تشکیل استخوان یا تکامل و عملکرد عضلات به شرح زیر است:

- همکاری و مساعدت دقیق با پزشک و گروه مراقبین سلامتی جهت تعیین قابلیت‌های حرکتی فرد.
- آموزش به بیمار و خانواده جهت ارتقای حرکات ارادی

پرستار باید در مورد فرایند بیماری آگاهی و دانش کافی داشته باشد و بتواند ضمن توجه به راحتی و آسایش بیمار، وضعیت بدنی وی را تغییر دهد، او را بلند کرده و جابجا نماید و به شکلی بی خطر ورزش‌های لازم را به اجرا در آورد.

مشکلات مؤثر بر حرکت مفصل

التهاب، دژنراسیون و تروما همگی بر حرکت مفصل تأثیر می‌گذارند. واژهٔ آرتریت برای توصیف بیش از ۲۰ بیماری بکار می‌رود که تمامی آنها با التهاب یک یا چند مفصل و درد و سفتی احتمالی در بخشهای نزدیک به مفصل مشخص می‌گردند. بیماری دژنراتیو مفصل، که استئوآرتریت نیز گفته می‌شود، نوعی اختلال پیشروندهٔ غیر التهابی است که در مفاصل متحرک به خصوص مفاصل متحمل وزن ایجاد می‌گردد و از ویژگیهای آن می‌توان به از بین رفتن غضروف مفصلی و درد موقع حرکت اشاره کرد. به محض از بین رفتن غضروف موضعی، رسوبهای

جدول ۲ـ۳۹. انواع فعالیت‌های مختلف بر اساس سطح تکامل: بررسی و شناخت اولویتها و تدابیر پرستاری

سطح تکامل	اولویتهای بررسی و شناخت	تدابیر پرستاری
● نوزاد ـ دورههای متناوب فعالیت و هوشیاری و دورههای خواب و آرامش ـ در سه ماهگی: در حالت دمر می‌تواند سینه و سر خود را از زمین بلند کند. ـ در پنج ماهگی: معمولاً کنترل سر خود را به دست می‌آورد.	نقاط عطف تکاملی را برای این سن بررسی نمایید: ـ ۶ـ۳ ماهگی: توانایی نشستن، کنترل سر ـ ۹ـ۶ ماهگی: تعادل در نشستن، مهارت در غلت زدن، چهار دست و پا راه رفتن، سعی در ایستادن، بهبود هماهنگی حرکات دست و چشم. ـ ۱۲ـ۹ ماهگی: حرکت به طرف جلو بدون کمک دیگران، برداشتن اشیاء کوچک	ـ والدین را تشویق کنید فرزند خود را معاینه کنند (تعداد انگشتان دست و پای او را بشمارند) ـ به نگرانی‌های والدین در مورد تغییرات جزیی مربوط به ظاهر یا رفتار پاسخ دهید. ـ در مورد الگوهای متفاوت فعالیت و تکامل عصبی ـ عضلانی در بین نوزادان و کودکان به والدین توضیح دهید. ـ حین گفتگو پیرامون پیشرفت تکاملی نوزادان نارس، مسئله نارس بودن این نوزادان را نیز مد نظر قرار دهید.
● کودک نوپا ـ تکامل هر دو حرکات ظریف و درشت به سرعت ادامه می‌یابد. ـ تا ۱۵ ماهگی: بیشتر کودکان می‌توانند بدون کمک راه بروند. ـ در ۱۸ ماهگی: اکثر آنها می‌توانند بدوند. ـ در ۲ سالگی: می‌تواند بپرد. ـ در ۳ سالگی: اکثر آنها می‌توانند پلاک‌های ساختمان‌سازی را روی هم بگذارند، مهره‌های بزرگ را به نخ بکشند، با پازل‌های ساده کار کنند و خودشان لباس بپوشند.	ـ بررسی پیشرفت کودک در راه رفتن، دویدن و پریدن ـ بررسی هماهنگی عضلات کوچک (توانایی در پوشیدن لباس، شستن دستها و زدن مسواک) ـ در بررسی باید کودکانی که نسبت به بقیه رشد تکامل آهسته‌تری دارند مشخص گردند.	ـ به والدین کمک کنید تا بپذیرند هر کودکی از جمله فرزند آنها دارای ویژگیهای خاص خود است. ـ اهمیت ایمنی محیط را به والدین آموزش دهید. ـ به والدین آموزش دهید تا کودک را در رابطه با انجام مهارتهای جدید تشویق نموده یا به او جایزه دهند. ـ محدودیت‌هایی را تعیین نمایید که کودک نوپا در به کارگیری مهارتهای خود افراط نکند.
● کودک ـ سیستم عضلانی استخوانی و عصبی کامل یافته است، بطوری که کودک حرکات ظریف و درشت بیشتری انجام می‌دهد.	ـ استفاده از چارت تکاملی جهت بررسی و شناخت تکامل حرکات ظریف و درشت.	ـ به والدین آموزش دهید که در طول این دوران نگرش به بدن و ورزش شکل می‌گیرد. ـ در موارد مقتضی به انجام مشاوره بپردازید.
● فعالیتهای معمول ـ تا ۴ سالگی: بدون گرفتن نرده‌ها از پله بالا می‌رود، عقب عقب رفته و روی یک پا لی لی می‌کند. ـ تا ۸ سالگی: پریدن از روی طناب را یادگرفته و از ارتفاع چند پله پایین می‌پرد. ـ می‌تواند وسایل مربوط به نوشتن را در دست بگیرد. ـ تمامی مکانیسمهای پایه برای حرکت فیزیک را فراگرفته است.	ـ تعیین سطح فعالیت و انواع بازیهایی که به کار و تلاش بدنی نیاز دارند.	ـ فعالیتهای فیزیکی را تأیید و عادات و سرگرمیهای بدون تحرک را محدود سازید.
● نوجوان ـ افزایش جثه بدنی: جهش رشد ـ ظهور صفات ثانویهٔ جنسی ـ اگر از نظر فیزیکی متناسب باشد: انرژی بسیاری صرف کرده و زیاد ورزش می‌کند. ـ اگر غیر فعال باشد: ممکن است الگوی رفتاری ناسالمی را در زندگی آغاز کند.	ـ تعیین سطح فعالیت و نوع ورزش منظم ـ ارزیابی ایمنی انتخابهای تفریحی ـ بیماریابی از نظر وجود اسکلیوز (انحنای یکطرفهٔ ستون فقرات) ـ بررسی توده، تون و قدرت عضلات و حرکت مفاصل	ـ پیرامون اهمیت ورزش و تناسب اندام مشاوره انجام دهید. ـ در صورت ضرورت نوجوانان را به انجام ورزش تشویق کنید. ـ توجه به این مسئله که فعالیتهای فیزیکی حد و حدودی باید داشته باشد.
● بزرگسال ـ کاملاً صاف می‌ایستد و می‌نشیند، قادر به حفظ تعادل حرکات هماهنگ و هدفمند است. ـ در طول حاملگی: مرکز ثقل بدن به دلیل تکامل جنین تغییر می‌یابد. ـ سطح فعالیت بسیار متفاوت است.	ـ بررسی تعادل میان فعالیت و استراحت در شیوهٔ زندگی فرد. ـ توجه به عوامل موجود در زندگی یا بیماریهایی که بر حرکت و توانایی انجام فعالیت‌های زندگی روزانه تأثیر می‌گذارند.	ـ مشاوره در مورد تناسب اندام بسیار حائز اهمیت است. ـ تصورات غلط در مورد ورزش را مشخص سازید. ـ به طرح‌ریزی و کنترل برنامه‌های ورزشی بی‌خطر بپردازید. ـ افرادی که در وضعیت حرکتی آنها تغییر ایجاد شده است نیاز به مراقبت خاص دارند.
● سالمند ـ افزایش انحناء در ناحیهٔ سینه (کیفوزیس) به علت تحلیل رفتن دیسک و کوتاه شدن قد ـ داشتن وضعیت خمیده ـ کاهش تون عضلات ـ کاهش چربی زیر پوست ـ احتمال بروز تغییرات آرتریتی مفصل	ـ بررسی بسهولت حرکات و راه رفتن ـ بررسی وضعیت قرارگیری بدن ـ کنترل مفاصل و عملکرد آنها ـ بررسی توده، تون و قدرت عضلات	ـ در مورد مسائل زیر به انجام مشاوره پرداخته یا آموزشهای لازم را ارایه کنید: ـ اهمیت ورزش منظم ـ نیاز به حفظ وزن مناسب ـ نیاز به پروتئین، کلسیم و ویتامین D زیاد، رژیم غذایی غنی شده ـ تعادل فعالیت ـ استفاده از وسایل کمکی در صورت نیاز ـ تأمین ایمنی خانه جهت کاهش خطر زمین خوردگی

استخوانی در محل مفاصل تشکیل می‌شوند و با حرکت مفصل درد بیشتری را به وجود می‌آورند.

ژنویوآگوستوس، زن سالمندی که مراقبت از همسرش را در خانه بر عهده داشت به خاطر می‌آورید؟ پرستار باید تأثیر مشکلات احتمالی مرتبط با سن را بر شکایت ژنویو از درد استخوان و مفاصل مورد ملاحظه قرار دهد. با توجه به سن زیاد وی، احتمال استئوپروز و بیماری دژنراتیو مفصل بالا است. بنابراین، برای پیشگیری از صدمات احتمالی وارد بر استخوان و مفصل، همچنین کاهش درد، باید به وی آموزش داد تا حین مراقبت از همسرش فشار وارد بر مفاصل خود را به حداقل رساند.

ترومای وارد بر مفاصل، یا باعث رگ به رگ شدن و پیچ خوردگی مفصل شده (این حالت با پارگی نسبی ضمائم مفصلی همراه است) و یا باعث دررفتگی مفصل می‌شود (این حالت با پارگی لیگامان‌ها، تاندون‌ها و کپسول‌ها همراه می‌باشد). هر وضعیتی که حرکت مفصل را محدود نماید باعث لنگیدن فرد می‌شود. پرستاران جهت مراقبت از اینگونه بیماران و حفظ حرکت مفصل، با پزشک و فیزیوتراپ همکاری می‌کنند. آموزش بیمار با هدف کسب مهارت در ورزش و برنامهٔ مراقبتی، و متعاقباً تسریع ترمیم بافت و بالا بردن استقلال فرد در فعالیت‌های روزانه (ADL)، صورت می‌گیرد.

به ماجرای مگی ویات بازگردیم، زنی که پس از درمان شکستگی تیبیا از بیمارستان مرخص شده بود. پرستار برای اطمینان از حفظ تحرک مفصل علیرغم وجود وسیلهٔ تثبیت کننده در محل باید با دیگر اعضای تیم مراقبت بهداشتی همکاری نزدیک داشته باشد. برنامهٔ ترخیص نیز باید شامل اقداماتی جهت حفظ عملکرد پای راست ضمن وجود وسیلهٔ تثبیت کننده در محل شکستگی باشد.

مشکلات تاثیرگذار بر سیستم عصبی مرکزی

مشکل در هریک از قسمت‌های اصلی مغز یا طناب نخاعی که مربوط به کنترل عضلات اسکلتی باشد بر حرکت بدن تأثیر می‌گذارد. قشر حرکتی مغز نقش مهمی در کنترل حرکات دقیق دارد. سکته یا ترومای مغزی به قشر حرکتی صدمه وارد کرده و باعث اختلال دایم یا موقت حرکات ارادی می‌گردد. هسته‌های قاعده‌ای، حرکات نیمه ارادی بدن مثل قدم زدن، شنا کردن و خندیدن را کنترل می‌کنند. در بیماری پارکینسون، هسته‌های قاعده‌ای مخ، دچار دژنراسیون پیشرونده می‌شوند. حرکات غیر ضروری اسکلتی نیز منجربه لرزش و سفتی عضله گردیده و در حرکات ارادی اختلال ایجاد می‌نمایند. مخچه برای نرمی حرکات و هماهنگی بین آنها، با قشر حرکتی و هسته‌های قاعده‌ای همکاری می‌کند. در مولتی پل اسکلروزیس، غلاف میلین نرونها در سیستم عصبی مرکزی از بین رفته و پلاک‌های سخت ایجاد می‌گردد. با تشکیل پلاک در مخچه، عدم هماهنگی در حرکات یک دست بوجود می‌آید.

راههای هرمی یا پیرامیدال، بوسیلهٔ دو راه اصلی، تکانه‌های مربوط به حرکات ارادی را از مغز به نخاع انتقال می‌دهند: (۱) راههای پیرامیدال (۲) راههای غیر پیرامیدال. با تروما به طناب نخاعی و قطع عرضی این راه اصلی، حرکات ارادی در زیر سطح آسیب دیده بصورت کامل و دوطرفه از بین می‌رود.

شکایت اصلی بیماران دچار ترومای سیستم عصبی مرکزی، عدم بحث و گفتگو با آنها یا خانواده‌هایشان در زمینهٔ نحوهٔ پیشرفت بیماری یا تأثیر آن بر عملکردهای بدنی است. پرستارانی که از این بیماران مراقبت می‌کنند نیاز به اطلاعاتی در رابطه با پاتولوژی و سیر بالینی بیماری دارند تا بتوانند آموزش و مشاورهٔ لازم را به این بیماران ارایه دهند.

کلسی لستر، دختر ۱۰ ساله‌ای که بعد از حادثهٔ اسکی به حال کما فرو رفته بود را به یاد دارید؟ اگرچه وی هوشیار نیست اما پرستار باید با وی ارتباط برقرار کند و آنچه اتفاق می‌افتد و تمام اقداماتی که انجام می‌شود را برایش توضیح دهد. بعلاوه پرستار باید با خانوادهٔ کلسی نیز ارتباط برقرار کند تا مطمئن شود آنها نیز از آنچه اتفاق می‌افتد، آگاهی دارند. به عنوان مثال، پرستار باید علت چرخاندن مکرر بیمار، تغییر وضعیت و ورزشهایی که برای کلسی انجام می‌گیرد را شرح دهد.

تروماهای سیستم اسکلتی ـ عضلانی

تروماهای سیستم اسکلتی ـ عضلانی منجربه بروز شکستگی و آسیب‌های بافت نرم می‌شوند. شکستگی در واقع از بین رفتن تداوم و یکپارچگی ساختمانی استخوان یا غضروف می‌باشد که به دلیل صدمات تروماتیک یا برخی بیماریهای زمینه‌ای پدید می‌آید. بهبودی به قراردادن قطعات استخوانی در جای اولیهٔ خود، تثبیت استخوان و بازیابی عملکرد استخوان بستگی دارد. آسیب‌های بافت نرم شامل کشیدگی، پیچ خوردگی و دررفتگی است (در رفتگی و پیچ خوردگی در قسمت‌های قبل توضیح داده شد). کشیدگی، کم‌خطرترین این آسیب‌دیدگیهاست و در آن عضله کشیده می‌شود. پرستاران باید با کمک‌های اولیه مربوط به

صدمات عضلانی ـ اسکلتی همچنین مراقبت‌های حاد و توانبخشی مربوط به این نوع صدمات آشنا باشند.

مشکلات مربوط به دیگر سیستم‌های بدن

پاتولوژی بسیاری از اختلالات حاد و مزمن نیز بر حرکت فرد تأثیر می‌گذارند. بیماری انسدادی مزمن ریه و وضعیت‌هایی مثل آسیت، می‌توانند وضعیت مناسب بدن را تغییر دهند. هر نوع بیماری که اکسیژن‌رسانی سلولی را مختل نماید، مقدار اکسیژن مورد نیاز عضلات جهت کار را کاهش داده و در نهایت تحمل به حرکت و فعالیت را کم می‌کند. بیماریهایی مثل کم خونی، آنژین صدری، آریتمی‌های قلبی، نارسایی قلب و بیماری انسداد مزمن ریوی همگی می‌توانند این وضعیت را ایجاد کنند. بیماریهایی که در آنها سرعت تجزیه پروتئین‌ها بالاتر از سرعت تولید آنهاست (بی‌اشتهایی عصبی و سرطان‌ها) تعادل منفی نیتروژن باعث تحلیل رفتن عضلات و کاهش انرژی بدنی جهت حرکت و کار می‌گردند. علائم و نشانه‌های بسیاری از بیماریها نظیر خستگی، درد عضلانی و درد نیز باعث عدم تحرک بیمار می‌شوند.

استراحت در بستر جزء مهم درمان بسیاری از بیماریها و صدمات مثل سکتهٔ قلبی، جراحی و شکستگی است. اگرچه استراحت به فرایند بهبودی کمک می‌کند ولی عدم تحرک خود می‌تواند مشکلات بسیاری ایجاد نماید (جدول ۳ـ۳۹). پرستاران باید هوشیار بوده و تأثیر هرگونه صدمه یا بیماری را بر حرکت تعیین کنند و جهت سهولت حرکت بیمار تدابیری اتخاذ نمایند.

سلامت ذهن

سلامت ذهنی نیز به اندازهٔ سلامت جسمی بر ظاهر و حرکات بدن تأثیر می‌گذارد. در افسردگی، فرایندهای بدن سرعت آهسته تری یافته و انرژی و اشتیاق در فرد کاهش می‌یابد. افسرگی بر وضعیت بدن نیز تأثیر می‌گذارد. فرد افسرده اغلب دارای سر و شانه‌ای خمیده است و هیچگونه انرژی برای خوردن غذا یا حتی رفتن به توالت نشان نمی‌دهد. حتی حرکات صورت وی نیز کاهش یافته و هیچ احساسی در چهرهٔ او نمایان نیست. به عبارت دیگر می‌توان گفت در فرد غیر افسرده وضعیت بدنی صاف و قائم بوده و چهره از شادی و بشاشیت برخوردار است.

شیوهٔ زندگی

شیوهٔ زندگی فرد چه فعال باشد چه ساکن و بدون فعالیت، تحت تأثیر متغیرهای بسیاری است. شغل فرد، فعالیت‌های تفریحی و تأثیر فرهنگ از جمله مهمترین این متغیرها هستند بطور معمول، در بسیاری از مشاغل رده‌های مختلف اجتماعی ـ اقتصادی فعالیت و تحرک اندک است. به همین دلیل، افراد دارای مشاغل کم تحرک نیاز به برنامه‌های منظم ورزشی و فعالیت‌های تفریحی دارند. فرهنگ نیز می‌تواند مانع یا مشوق ورزش باشد. به عنوان مثال، شرکت در ورزشهای آئروبیک برای متخصصین زن و مرد به امر متداولی بدل شده است در حالی که در گذشته‌ای نه چندان دور، حضور خانمها در بسیاری از فعالیتهای ورزشی مورد پسند جامعه نبود. رژیم غذایی فرد و سابقهٔ مصرف سیگار از جمله دیگر متغیرهای مربوط به شیوهٔ زندگی هستند که می‌توانند بر تحرک فرد تأثیر گذارند.

پرستاران بخصوص آنهایی که در فعالیت‌های سلامت جامعه درگیر هستند باید قبل از هر گونه توصیه‌ای به بیمار، منطقهٔ جغرافیایی محل زندگی وی و انواع ورزشهای مناسب آن ناحیه را مورد ملاحظه قرار دهند. ورزشهای توصیه شدهٔ معمول و مورد قبول شامل راهپیمایی، تنیس و قدم زدن هستند. البته این ورزشها در محیطهای ناامن نظیر مناطق پر جرم و جنایت خطرناک می‌باشند. ورزشهای توصیه شده برای بومیان آمریکا نیز شامل کوهنوردی، شکار و حتی شرکت در رقص‌های قبیله‌ای هستند که می‌توانند سطح فعالیت را در میان این افراد افزایش دهند.

نگرشها و ارزشها

در بعضی از خانواده‌ها، مثل آنهایی که به گردش، شنا یا بازی فوتبال می‌پردازند، کودکان خیلی زود به ارزش فعالیت‌های منظم ورزشی پی می‌برند. وقتی این کودکان بزرگ شوند اغلب به این ارزش‌گذاری ادامه داده و راه‌های جدیدی جهت گنجاندن ورزش منظم به زندگی روزانهٔ خود پیدا می‌کنند. برعکس کودکانی که در خانواده‌های کم تحرک زندگی می‌کنند علاقه‌ای به ورزش ندارند. این نگرش ممکن است در تمام مدت زندگی ادامه یابد. نگرش بسیاری از افراد نیز بر انتخابهای ورزشی آنها تأثیر می‌گذارد. افراد سالمندی که یک فعالیت ورزشی برنامه‌ریزی شده را در روتین زندگی خود گنجانده‌اند علاوه بر فواید فیزیولوژیکی از بهبود اعتماد به نَفس هم بهره‌مند می‌شوند. افرادی که به جذابیت فیزیکی خود اهمیت زیادی می‌دهند بیشتر به ورزش منظم روی می‌آورند. چون ورزش به آنها کمک می‌کند تا به فرم بدنی مورد نظر خود دست یابند. فرد دیگری به دلیل کسب قدرت فیزیکی به ورزش می‌پردازد. و بالاخره فردی نیز ممکن است وجود داشته باشد که به فعالیت‌های عقلانی اهمیت دهد و پرورش جسم را تنها اتلاف وقت بداند، وقتی که می‌توان آن را صرف پرورش ذهن نمود.

جدول ۳ـ۳۹. مقایسهٔ اثرات ورزش و عدم تحرک بر سیستم‌های بدن

اثرات ورزش	اثرات عدم تحرک
● **سیستم قلبی ـ عروقی**	● **سیستم قلبی ـ عروقی**
ـ بازده قلب ↑	ـ افزایش بار کاری قلب ↑
ـ ضربان قلب و فشار خون ↑	ـ خطر افت فشار خون وضعیتی ↑
ـ جریان خون و اکسیژن رسانی به تمامی قسمت‌های بدن ↑	ـ خطر ترومبوز وریدی ↑
● **سیستم تنفسی**	● **سیستم تنفسی**
ـ عمق تنفس ↑	ـ عمق تنفس ↓
ـ سرعت تنفس ↑	ـ سرعت تنفس ↓
ـ تبادل گازها در سطوح آلوئولی ↑	ـ تجمع ترشحات
ـ میزان دفع دی اکسید کربن ↑	ـ اختلالات در تبادلات گازی
● **سیستم گوارش**	● **سیستم گوارش**
ـ اشتها ↑	ـ اختلال در اشتها
ـ تونیسیته روده ↑	ـ تغییر در متابولیسم پروتئین
● **سیستم ادراری**	ـ تغییر در هضم و مصرف مواد غذایی
ـ جریان خون کلیه ↑	● **سیستم ادراری**
ـ کارآیی کلیه در حفظ تعادل مایعات و اسید و باز ↑	ـ استاز یا رکود ادرار ↑
ـ کارآیی کلیه در دفع مواد زاید از بدن ↑	ـ خطر ایجاد سنگ‌های ادراری ↑
● **سیستم اسکلتی عضلانی**	ـ تون عضلهٔ مثانه ↓
ـ کارآیی عضله ↑	● **سیستم اسکلتی عضلانی**
ـ هماهنگی عضلات ↑	ـ اندازه، تون و قدرت عضله ↓
ـ کارآیی انتقال تکانه‌های عصبی ↑	ـ حرکت و انعطاف پذیری مفصل ↓
● **سیستم متابولیکی**	ـ دمینرالیزاسیون استخوان
ـ کارآیی سیستم متابولیکی ↑	ـ استقامت و ثبات استخوان ↓
ـ کارآیی روند تنظیم درجه حرارت بدن ↑	ـ شکل‌گیری انقباضات مرضی ↑
● **پوست**	● **سیستم متابولیکی**
ـ بهبود تون، رنگ و قابلیت ارتجاعی پوست به علت افزایش جریان خون	ـ خطر ایجاد اختلالات الکترولیتی ↑
● **سلامت روانی**	ـ تغییر در تبادل گازها و مواد مغذی
ـ افزایش انرژی و نیرو، احساس سلامت عمومی	● **پوست**
ـ بهبود خواب	ـ خطر تجزیه بافت پوستی و ایجاد زخم ↑
ـ بهبود ظاهر عمومی	● **سلامت روانی**
ـ بهبود مفهوم خود	ـ احساس عجز و درماندگی ↑
ـ رفتارهای مثبت سلامتی	ـ مفهوم خود ↓
	ـ تعامل اجتماعی ↓
	ـ تحریک حسی ↓
	ـ تغییر الگوی خواب ـ بیداری
	ـ خطر افسردگی ↑

خستگی و تنیدگی

تنیدگی مزمن می‌تواند چنان انرژی بدن را کاهش دهد که حتی فکر انجام ورزش نیز طاقت فرسا تلقی گردد. ورزش منظم انرژی زا بوده و بهتر می‌تواند فرد را با تنیدگی‌های روزانه روبرو سازد. در حالی که ورزش‌های سنگین خود ایجاد تنیدگی می‌نماید و علاوه بر خستگی می‌تواند آسیب‌دیدگی را نیز به همراه داشته باشد.

عوامل خارجی

عوامل خارجی بسیاری بر حرکت و فعالیت تأثیر می‌گذارند. در میان این عوامل، آب و هوا احتمالاً بیشترین تأثیر را دارد. یک روز خوب به فرد نیرو داده و باعث افزایش فعالیت وی می‌گردد. ولی یک روز گرم با رطوبت بالا مانع از هر نوع تحرکی در فرد می‌شود. وضعیت مالی مناسب جهت عضویت در باشگاههای ورزشی و خرید وسایل، پارک‌ها و مکان‌های ورزشی امن، حمایت فرد و جوایز بیمه‌ای و شغلی همگی مشوق ورزش هستند. در مقابل سرمایهٔ ناکافی، آلودگی هوا، مکانهای ناامن، عدم وقت آزاد و عدم حمایت و تشویق افراد از عوامل کاهش فعالیت‌های ورزشی هستند.

ورزش

استفادهٔ فعال از عضله که شامل انقباض و انبساط گروههای عضلانی است، ورزش نامیده می‌شود. هریک از انواع بسیار مختلف رشته‌های ورزشی دارای فواید فیزیولوژیکی و روانشناختی فراوان هستند.

انوع ورزش

ورزشها را می‌توان به دو گروه اصلی تقسیم کرد. ورزشهای گروه اول بر مبنای نوع انقباضات عضلانی در طول ورزش، طبقه‌بندی می‌شوند و در ورزشهای گروه دوم نوع حرکات بدن حین ورزش و فواید سلامتی حاصل از آن مبنا قرار می‌گیرد.

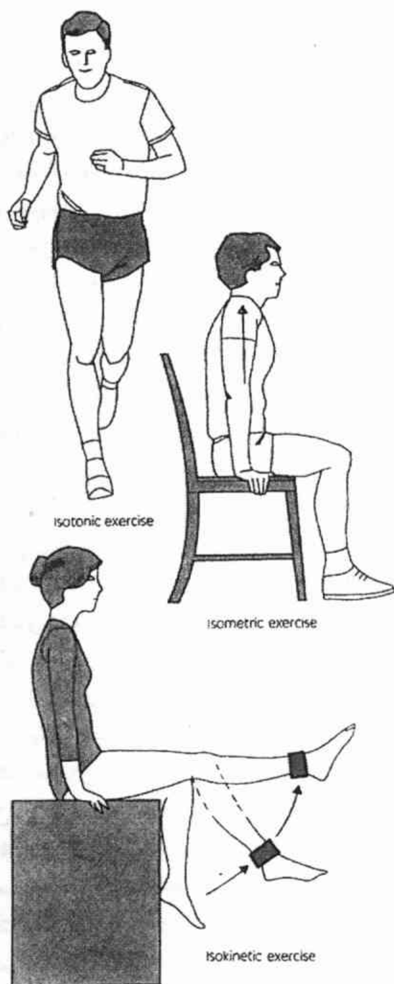
انقباضات عضله

ورزش‌ها بر اساس نوع انقباض عضله به ایزوتونیک، ایزومتریک یا ایزوکینیتیک تقسیم می‌شوند (شکل ۵ـ۳۹). ورزش ایزوتونیک مستلزم کوتاه شدن و حرکات فعال عضله می‌باشد. بطور مثال انجام فعالیت‌های روزانهٔ زندگی، تمرینات ورزشی دامنهٔ حرکتی بطور مستقل، شنا، پیاده روی، راهپیمایی و دوچرخه سواری جزو این ورزشها هستند. فواید این نوع ورزش عبارتند از: افزایش تون، توده و قدرت عضلات، بهبود حرکت مفاصل، افزایش عملکرد قلب و تنفس، افزایش جریان خون و بالا رفتن فعالیت استئوبلاستها (استخوان‌سازی). زمانی که پرستار یا افراد خانواده به انجام ورزشهای غیر فعال ROM برای بیمار می‌پردازند، عضلات بیمار کمتر فعال هستند، از این رو ضمن اینکه ورزشهای مذکور باز هم مفید قلمداد شوند، اما فواید کلی آنها اندک است.

ورزش ایزومتریک مستلزم انقباض عضله بدون کوتاه شدن آن است (در این حالت هیچگونه حرکتی ایجاد نمی‌گردد یا فیبرهای عضلانی فقط کمی کوتاه می‌شوند). انقباض عضلات چهار سر ران و گلوتئال (سرینی) نمونه‌هایی از این نوع ورزشها هستند. فواید ورزش‌های ایزومتریک عبارتند از: افزایش توده، تون و قدرت عضله، افزایش گردش خون در عضو ورزش کرده و افزایش فعالیت استخوان‌سازی. پرستاران باید بیماران دچار محدودیت حرکت را که در بیمارستان بستری هستند به انجام ورزشهای ایزوتونیک و ایزومتریک تشویق کنند.

تمرینات ایزوکینتیک، مستلزم انقباض عضلات همراه با مقاومت است، مقاومت‌ها از نظر سنگینی از یک میزان ثابت تا میزانهای مختلف متفاوت هستند.

ورزشهای توانبخشی که در صدمات زانو و آرنج مورد استفاده قرار می‌گیرند نمونه‌ای از ورزشهای ایزوکینتیک هستند. در این نوع ورزشها، فرد عضلات و مفاصل را بدون توقف و در برابر هر مقاومتی، در محدودهٔ کامل حرکتی به حرکت در می‌آورد.



شکل ۵ـ۳۹. سه نوع ورزش، ایزوتونیک، مستلزم کوتاه شدن عضله و حرکت فعال است. ایزومتریک، مستلزم انقباض عضله بدون کوتاه شدن است و ایزوکینتیک مستلزم انقباض عضله با مقاومت است.

گلی ویات را در نظر بگیرید، زنی که با وجود وسیلهٔ تثبیت کنندهٔ خارجی در محل، از بیمارستان ترخیص شد. به احتمال زیاد برای مگی، برنامهٔ ورزشی خاص شامل ورزشهای ایزوتونیک و ایزومتریک طرح‌ریزی و تدوین خواهد شد. در مرحلهٔ بعدی درمان و پس از بهبود شکستگی، از ورزشهای ایزوکینتیک هم برای تقویت پای راست استفاده می‌گردد.

حرکت بدن

فعالیت‌های ورزشی ممکن است بر حسب نوع حرکت بدن و فوایدی که برای سلامتی در پی دارند نیز تقسیم‌بندی شوند. انواع ورزشهای توام با حرکات بدنی عبارتند از: ورزش‌های آئروبیک، ورزشهای کششی، ورزشهای تقویت کنندهٔ قدرت و تحمل، حرکت و فعالیت‌های زندگی روزانه.

ورزش آئروبیک: حرکات مداوم و اغلب ریتمیک عضله است که جریان خون، ضربان قلب و نیاز متابولیک جهت دریافت اکسیژن را افزایش داده و باعث بهتر شدن وضعیت قلب و عروق می‌گردد. فعالیت‌های ورزشی آئروبیک شامل شنا، پیاده‌روی، راهپیمایی، اسکی صحرایی، رقص آئروبیک، دوچرخه سواری، طناب بازی و راکت بال[1] هستند. ورزشهای آئروبیک خود به دو دستهٔ کم اثر و پراثر تقسیم می‌شوند تعدادی از آسیب دیدگیها مثل صدمات ساق پا به ورزشهای آئروبیکی پراثر مربوط می‌شوند، در چنین مواردی برای آنکه فشار کمتری به سیستم اسکلتی ـ عضلانی وارد آید باید از ورزشهای آیروبیکی کم اثر استفاده کرد.

ورزشهای کششی: حرکاتی هستند که اجازه می‌دهند عضلات و مفاصل به آرامی در محدودهٔ دامنهٔ حرکتی کشیده شده و انعطاف پذیری آنها افزایش یابد ورزشهای این گروه شامل گرم و سرد شدن، یوگا و بعضی از رقصها هستند. از جمله فواید ورزشهای کششی می‌توان به افزایش دامنهٔ حرکات مفاصل، بهبود گردش خون و وضعیت بدن همچنین آرامسازی اشاره کرد.

ورزش‌های تقویت کنندهٔ قدرت و تحمل: این ورزشها جزیی از برنامه‌های مختلف عضله‌سازی هستند. پرورش اندام، حرکات نرمشی و برخی ورزشهای ایزومتریک خاص می‌توانند هم قدرت و هم تحمل ایجاد کنند و علاوه بر آن قدرت سیستم عضلانی اسکلتی را افزایش داده و به بهبودی عمومی کل بدن منجر شوند. این نوع ورزشها یا فواید تمرینات ورزشی آئروبیک را دارند یا ندارند.

حرکات و فعالیت‌های زندگی روزانه نظیر تمیز کردن منزل، دویدن دنبال کودک نوپای بازیگوش، بالا رفتن از پله به جای استفاده از آسانسور همگی به ایجاد یک شیوهٔ زندگی فعال کمک می‌کنند.

اثرات ورزش بر سیستم‌های اصلی بدن

بدن انسان برای حرکت ساخته شده است و ورزش منظم برای عملکرد طبیعی بدن لازم و ضروری است. افرادی که در زندگی فعال نیستند یا به علت بیماری و آسیب‌دیدگی ناچار به عدم تحرک می‌باشند، خود را در معرض خطر بالای مشکلات جدی در امر سلامتی قرار می‌دهند. اثرات ورزش منظم بر سیستم‌های اصلی بدن در قسمت بعدی و جدول ۳-۳۹ مطرح گردیده‌اند. افراد از نظر فوایدی که در اثر ورزش برایشان حاصل می‌شود متفاوتند، این‌اثرات برمبنای سن و سلامت عمومی بیماران تعیین می‌شوند.

سیستم قلبی ـ عروقی

عضلات اسکلتی برای انقباض و انبساط ریتمیک خود به اکسیژن نیاز دارند، به همین دلیل در طول انقباض و انبساط این عضلات بایدذخایر پرخون اکسیژن رسان به آنها افزایش پیدا و بالا بردن قدرت انقباضی میوکارد و حجم ضربه‌ای (حجم خون جاری) تأمین می‌سازد. بدین ترتیب برون‌ده قلب افزایش پیدا می‌کند. فشار شریانی (سیستول) نیز بالا رفته و خون از بافتهای غیر فعال بطرف قلب و عضلات جریان می‌یابد. ورزش به علت انقباض عضلات، وریدهای سطحی فشرده شده و خون برخلاف نیروی جاذبه بطرف قلب پیش می‌رود در نتیجه برگشت وریدی بهبود می‌یابد. ورزش منظم اثرات زیر را بر سیستم قلبی ـ عروقی دارد:

- افزایش بازده قلب
- کاهش ضربان‌های قلب و فشار خون
- افزایش جریان خون به تمامی قسمتهای بدن
- افزایش فیبرینولیزین در گردش (ماده‌ای که لخته‌های کوچک را حل می‌کند)

مشخص گردیده که میزان ورزش انجام شده بیشتر از نوع ورزش انتخابی می‌تواند بر سیستم قلبی ـ عروقی تأثیر مثبت داشته باشد. به نمای تحقیق در پرستاری رجوع کنید.

سیستم تنفسی

سیستم تنفسی و قلبی ـ عروقی با همکاری یکدیگر افزایش نیاز عضلات به اکسیژن را تأمین می‌کنند. در طی ورزش، عمق تنفس، سرعت تنفس، تبادل گازها در سطح آلوئولها و دفع دی‌اکسیدکربن افزایش می‌یابد. ورزش منظم به مرور زمان عملکرد ریوی را بهبود می‌بخشد.

سیستم عضلانی اسکلتی

انقباض و انبساط ریتمیک دستجات عضلانی در طول ورزش باعث افزایش توده، تون و قدرت عضلات و افزایش حرکت مفاصل می‌گردد. هرچه فرد بیشتر ورزش کند، در آینده از قدرت

1- racquetball نوعی بازی مشابه هندبال

بیشتری برای کار یا ورزش برخوردار خواهد بود، ورزش منظم فواید زیر را به دنبال دارد:

- افزایش قدرت و انعطاف پذیری عضله
- افزایش هماهنگی عضلات
- بالا رفتن کارآیی انتقال تکانه‌های عصبی

اعتقاد بر این است که ورزش می‌تواند از سرعت بروز اثرات ناشی از پیری بکاهد (مثلاً به پیشگیری از بروز استئوپروز مرتبط با پیری کمک می‌کند).

فرایندهای متابولیک

سرعت متابولیسم در طول ورزش افزایش می‌یابد تا گلوکز و اسیدهای چرب به انرژی مورد نیاز جهت افزایش کار عضله تبدیل شوند. در طول ورزش‌های سنیگین، سرعت متابولیسم تا ۲۰ برابر حد طبیعی افزایش پیدا می‌کند. میزان تولید گرما و فرآورده‌های دفعی نیز بالا می‌رود. ورزش منظم این اثرات را به دنبال خواهد داشت:

- افزایش کارآیی سیستم متابولیکی
- افزایش کارآیی فرایند تنظیم درجه حرارت بدن

سیستم گوارشی

در طول ورزش، خون از معده و روده به سمت عضلات جریان می‌یابد. با ورزش منظم موارد زیر ایجاد می‌شود:

- اشتها افزایش می‌یابد.
- تونیسیته روده افزایش یافته و جذب و دفع بهتر صورت می‌گیرد.
- وزن کنترل می‌شود.

سیستم ادراری

ورزش منظم جریان خون را افزایش می‌دهد در نتیجه جریان خون کلیه نیز بهبود می‌یابد. با ورزش توانایی کلیه در حفظ تعادل مایع و اسید و باز، همچنین ترشح مواد دفعی نیز افزایش پیدا می‌کند.

پوست

افزایش جریان خون ناشی از ورزش منظم باعث بهبود تغذیهٔ پوست می‌شود. از این رو ورزش منظم به ارتقای سلامت عمومی پوست کمک می‌نماید.

اثرات روانی ـ اجتماعی

یکی از مهمترین فواید ورزش منظم، اثرات روانی ـ اجتماعی آن است. با ورزش منظم اثرات مفید روانی ـ اجتماعی زیر آشکار می‌شوند:

- افزایش انرژی، نیرو و سلامت عمومی
- بهبود وضعیت خواب
- بهبود وضعیت ظاهر (تصویر ذهنی از خویشتن)
- بهبود مفهوم خود
- افزایش رفتارهای مثبت سلامتی

نقش ورزش در پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامتی

مطابق با اعلام نشریهٔ «مردم سالم ۲۰۱۰» فعالیت منظم فیزیکی به پیشگیری از برخی بیماریهای مزمن خاص نظیر فشار خون، دیابت نوع ۲، بیماری قلبی ـ عروقی، چاقی و استئوپروز کمک می‌کند (وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده ۲۰۰۰). همواره برای رسیدن به نتایج مثبت، انجام فعالیت فیزیکی شدید مورد نیاز نمی‌باشد. پژوهشی که اخیراً صورت گرفته نشان می‌دهد مدت زمان پیاده روی در مقایسه با سرعت پیاده روی، اثرات بیشتری بر روی نتایج دارد (لی و همکاران، ۲۰۰۱). کمک به انجام ورزش و تأکید بر رفتارهای سالم از جمله مسئولیت‌های دشوار پرستاران به شمار می‌آیند. پرستاران تعهد دارند به بیماران کمک کرده یا از آنها حمایت بعمل آورند تا آنها بتوانند شیوهٔ زندگی خود را جهت بهبود وضعیت سلامتی و تندرستی تغییر دهند. با توجهی که پژوهشهای جدید به اثر احتمالی ورزش منظم بر کاهش سرعت فرایند پیری نشان داده‌اند، پرستاران باید بیش از گذشته در جهت پیشگیری از اثرات زیانبار کاهش فعالیت فیزیکی کوشش نمایند (به نمای «توجه به افراد سالمند» رجوع کنید.

خطرات مربوط به ورزش

معمولاً، ورزش به عنوان کاری شاق در نظر گرفته می‌شود به همین دلیل افراد از آن اجتناب می‌ورزند. پیرامون نحوهٔ گنجاندن ورزش به روتین روزانه توصیه‌های لازم را به افراد ارایه دهید، بدین‌ترتیب ورزش کمتر به عنوان کاری شاق و توان فرسا تلقی می‌گردد. یکی دیگر از دلایلی که افراد را از ورزش باز می‌دارد ترس از آسیب‌دیدگی است. این آسیب‌ها می‌توانند شامل صدمات عضلانی، سقوط یا زمین خوردگی و حوادث قلبی ـ عروقی باشند. پرستاران با آگاهی واقع بینانه از خطرات توام با ورزش و راهکارهای پیشگیری کنندهٔ خاص می‌توانند به این موارد ترس پاسخ دهند.

پژوهشی در پرستاری: ایجاد تفاوت
انجام ورزش برای پایین آوردن عوامل خطرزای بیماری کرونر قلب

اغلب اوقات اثرات مثبت ورزش به ثبت می‌رسد. برخورداری از یک شیوهٔ زندگی فعال بویژه برای سالمندان مهم است چون به حفظ سلامتی و استقلال آنها کمک می‌کند.
در بسیاری از مواقع بیماران با یاری پرستاران یک برنامهٔ روتین ورزشی را که کاملاً فردی و فقط ویژهٔ آنهاست آغاز می‌کنند.

تحقیق مربوطه

لی،رکسرود، کی،ام کوک، ان، آرمینسون و بورینگ (۲۰۰۱)

عنوان: فعالیت فیزیکی بیماری شریان عروق کرونر قلب در زنان

۳۹۳۷۲ نفر از متخصصین بهداشتی زن سالم ۴۵ ساله یا بیشتر، در این مطالعهٔ گروهی شرکت کردند. قبل از آغاز مطالعه، شرکت کنندگان به گزارش فعالیت‌های تفریحی خود پرداختند. در طول مطالعه، از زنان درخواست گردید تا مقدار و نوع فعالیت فیزیکی ماهانهٔ خود را برآورد کنند. به افراد تحت مطالعه قرصهای پلاسبو نیز داده شد. شرکت کنندگان مطالعه آموزش دیدند تا توجه اصلی خود را به قرصها و اثرات جانبی آنها معطوف سازند. شرکت کنندگان به مدت ۵ سال تحت مراقبت‌های پیگیری قرار گرفتند. در این دورهٔ ۵ ساله، ۲۴۴ مورد تأیید شدهٔ بیماری شریان کرونر قلب گزارش گردید.

کاربرد در پرستاری

این مطالعه نشان می‌دهد که فعالیت فیزیکی می‌تواند میزان بیماری‌های شریان کرونر قلب را در زنان پایین آورد. یکی از یافته‌های مفید تحقیق اخیر این است که مدت زمان پیاده‌روی در مقایسه با سرعت پیاده روی، شاخص مطمئن تری برای پیش بینی پایین آمدن خطر به شمار می‌آید. تشویق زنان به فعالیت در هر سطحی می‌تواند تأثیر مثبتی بر سلامتی آنها داشته باشد.

توجه به افراد سالمند

راهکارهای پرستاری جهت ارتقای ورزش و فعالیت به منظور کاهش تغییرات مرتبط با سن در بزرگسالان سالمند

تغییرات مرتبط با سن	راهکارهای پرستاری
عدم تحمل فعالیت	
ـ کاهش ظرفیت حیاتی تنفس	ـ بیمار را تشویق کنید تا به تدریج فعالیت فیزیکی را افزایش دهد و متوجه تغییرات و ۳نشانه‌های بدنی خود باشد.
ـ کاهش انتقال خون حاوی اکسیژن به بافت‌ها (مثلاً در بیماری انسداد مزمن ریه یا در مواردی چون کاهش برون‌ده قلب)	ـ به بیمار آموزش دهید از تغییر وضعیت ناگهانی که منجربه سرگیجه می‌شود پرهیز کند. ـ به بیمار آموزش دهید از ورزش در دماهای بسیار بالا خودداری نماید. ـ میزان آب رسانی به بدن باید کافی باشد. ـ بیمار را تشویق کنید در صورت ضعف یا بیماری از انجام ورزش خودداری نماید. ـ به بیمار تعلیم دهید در صورت درد قفسه سینه ورزش را متوقف کرده و قبل از شروع مجدد فعالیت با پزشک مشورت نماید. ـ به بیمار آموزش دهید مراقب خستگی باشد. هرگز تا مرز خستگی مفرط پیش نرود.
اختلال در تحرک فیزیکی	
ـ کاهش دامنهٔ حرکتی ـ کاهش ثبات هنگام گام برداشتن	ـ بیمار را تشویق کنید قبل از آغاز ورزش خود را گرم نماید و پس از ورزش بدن خود را خنک کند. ـ بیمار را تشویق کنید به جای فشار آوردن بر مفاصل و انجام حرکاتی فراتر از دامنهٔ حرکتی طبیعی، در حد متعادل ورزش نماید. ـ پیرامن رعایت مسائل ایمنی حین انجام ورزش به بحث و گفتگو بپردازید (مثلاً پیاده روهای ناهموار) ـ به بیمار توصیه کنید حین ورزش از کفشهای مناسب استفاده نماید.

تسریع حوادث قلبی

اگرچه خطر تسریع حوادث مهم قلبی با انجام ورزش در افراد سالم اندک است، اما این خطر در افرادی که مشکل قلبی و عروقی دارند می‌تواند بالا باشد. بنابراین برای افراد بالای ۳۵ سال و دارای زندگی ساکن و بی‌تحرک و کلاً هر فردی که سابقهٔ قلبی بیماری قلبی ـ عروقی دارد، معاینهٔ پزشکی قبل از ورزش، نظارت پزشکی در طول ورزش و تدوین یک برنامهٔ ورزشی اختصاصی لازم و ضروری می‌باشد.

ناتوانی و ناراحتی‌های ارتوپدیک

بیشترین صدمات ارتوپدیک به علت تحریک استخوان‌ها، تاندون‌ها، لیگامانها و گاهی اوقات عضلات بوجود می‌آیند. این تحریکات می‌توانند در اثر فشار مضاعف ناشی از تحمل وزن و یا برخورد با زمین، وسایل و یا افراد ایجاد شوند. بیماران باید یاد بگیرند به محض اینکه دچار ضربه و آسیب‌دیدگی شدند دستورالعمل‌های (RICE) یعنی استراحت، یخ، فشار و بالا بردن عضو) را به کار گیرند. زمانی که ناحیهٔ صدمه دیده در حالت استراحت است برای تسکین درد و ادم، از یخ و برای ایجاد فشار از بانداژهای الاستیکی استفاده می‌کنند. بالا قراردادن عضو نیز به کاهش ادم کمک می‌کند. به بیمار توصیه نمایید بلافاصله با پزشک تماس بگیرد تا وی وسعت آسیب‌دیدگی را تشخیص دهد. همچنین به بیمار آموزش دهید تا زمان بهبود آسیب‌دیدگی ورزش را متوقف سازد.

مشکلات دیگر سلامتی

مشکلات دیگر سلامتی که ممکن است با انواع ورزش همراه باشند به وسعت عوامل خارجی (دمای محیط در روز، ورزش، رطوبت، شاخص آلودگی، ایمنی محیط) و عوامل داخلی (سن، سابقهٔ قبلی آسیب‌دیدگی استفاده بیش از حد از اندام، چاقی و تاریخچهٔ سلامتی) بستگی دارند. گرمازدگی، آسم ایجاد شده در اثر ورزش و درد قفسه سینهٔ بدنبال فعالیت بیش از حد، همگی نمونه‌هایی از دیگر مشکلات مرتبط با ورزش هستند.

اثرات عدم تحرک بر بدن

عدم فعالیت و ورزش یا عدم تحرک به دلیل بیماری و آسیب‌دیدگی فرد را در معرض خطر بالای مشکلات جدی در امر سلامتی قرار می‌دهد. عدم تحرک نیز می‌تواند بر سیستم‌های اصلی بدن تأثیر گذارد. همانند فوایدی که ورزش برای هر فرد در پی دارد، عوارض ناشی از عدم تحرک نیز از نظر وقوع و شدت با هم متفاوتند و به سن بیمار و وضعیت سلامت عمومی وی بستگی ارند.

سیستم قلبی عروقی

اولین و جدی‌ترین اثر عدم تحرک بر سیست قلبی - عروقی، افزایش بار قلب، افت فشار خون وضعیتی و ترومبوز وریدی است. عدم تحرک باعث افزایش بار کاری قلب می‌شود. مشخص گردیده، وقتی فرد در حالت عدم تحرک است، عضلات اسکلتی که بطور طبیعی بر دریچه‌های وریدهای پا فشار وارد می‌آورند و به برگشت خون به سمت نیمهٔ راست قلب کمک می‌کنند، دیگر به اندازهٔ کافی منقبض نمی‌شوند در نتیجه مقاومت عروق خونی کاهش یافته و خون در وریدها تجمع می‌یابد و در نهایت فشار خون وریدی افزایش پیدا کرده و توزیع خون در فرد دچار عدم تحرک با تغییر مواجه می‌گردد. نتیجه تمام فعل و انفعالات مذکور، افزایش سرعت ضربان‌های قلب، برون‌ده قلب و حجم ضربه‌ای خواهد بود.

در صورت عدم تحرک، رکود و توقف خون وریدی بویژه در پاها (جایی که فعالیت طبیعی عضلات کمک می‌کند خون به طرف سیستم گردش خون مرکزی هدایت شود) باعث شکل‌گیری لخته یا ترومبوز می‌گردد. یکی دیگر از علل تشکیل ترومبوز، افزایش مواد انعقادی در خون است. علت افزایش مواد انعقادی می‌تواند جدا شدن کلسیم از استخوان، ورود آن به داخل خون و اثر بر انعقاد باشد. فرد بی‌حرکت بیشتر مستعد افت فشار خون وضعیتی است. در این شرایط فرد دچار ضعف و غش می‌شود. فصل ۲۴ در مورد افت فشار خون وضعیتی بحث نموده است.

سیستم تنفسی

اثرات عدم تحرک بر سیستم تنفسی شامل کاهش عمل تهویه و افزایش ترشحات تنفسی است. عدم تحرک باعث کاهش عمق و تعداد تنفس نیز می‌شود. علت این مسئله تا حدی ناشی از کاهش نیاز سلولهای بدن به اکسیژن است. هرگاه بخشی از بافت ریه غیر فعال باشد، آتلکتازی (اتساع ناکامل یا کلاپس بافت ریه) رخ می‌دهد. عدم تحرک باعث تبادل نامناسب اکسیژن و دی اکسید کربن شده و با به هم خوردن تعادل آنها در بدن، عدم تعادل اسید و باز بوجود می‌آید.

زمانی که فرد بی‌حرکت است، خروج ترشحات از مجرای تنفس کاهش یافته و با جمع شدن ترشحات، احتقان تنفسی بوجود می‌آید. این شرایط فرد را مستعد ابتلاء به عفونت‌های دستگاه تنفسی می‌نمایند. پنومونی هیپوستاتیک نوعی از پنومونی است که در اثر عدم فعالیت و تحرک ایجاد می‌شود. وقتی فرد بی حرکت دزهیدراته نیز باشد یا از داروهای تغلیظ کنندهٔ ترشحات و مهارکنندهٔ مکانیسم سرفه هم استفاده کند وضعیت وی بدتر و وخیم‌تر هم خواهد شد.

در فرد دچار عدم تحرک حرکات قفسه سینه کاهش می‌یابد. علت این امر می‌تواند کاهش تونیسیته عضلات تنفسی، فشار وارد بر دیوارهٔ قفسه سینه مربوط به وضعیت بیمار در تخت و دپرسیون تنفسی ناشی از عوامل دارویی مختلف باشد.

سیستم اسکلتی ـ عضلانی

در بیمار بستری درتخت، اثرات عدم تحرک بر سیستم اسکلتی ـ عضلانی خیلی زود مشخص می‌گردد. افرادی که پس از چند روز استراحت در تخت سعی در راه رفتن می‌کنند از احساس ضعف در پاهای خود تعجب می‌کنند. عدم تحرک (عدم استفاده از عضلات اسکلتی) باعث کاهش اندازهٔ عضله (آتروفی) و تونیسیته و قدرت آن، همچنین کاهش حرکت و انعطاف مفاصل، دمینرالیزاسیون استخوان و تحمل اندک می‌شود و در نهایت مشکلاتی را در ADL پدید می‌آورد. عدم تحرک اغلب علت بروز انقباضهای مرضی (کنتراکتور) و آنکیلوز (سفتی و بی حرکتی مفصل) می‌باشد. انقباضات مرضی در اثر آتروفی عضلات، عدم کفایت و کاهش قدرت، تحمل و هماهنگی عضلات پدید می‌آید. مفصلی که دچار آنکیلوز است ممکن است برای همیشه ثابت باقی بماند. در بیمار دچار عدم تحرک، دمینرالیزاسیون استخوان (استئوپروز) نیز افزایش می‌یابد. بطور طبیعی، فشارو کشیدگی ناشی از فعالیت‌های تحمل وزن، استخوان‌سازی را تحریک می‌کند و میان استخوان‌سازی و تخریب طبیعی استخوان تعادل برقرار می‌نماید. اما در موارد عدم تحرک، کلسیم و فسفر و ماتریکس از استخوان جدا گردیده و تشکیل استخوان کندتر از تخریب آن انجام می‌گیرد. در وضعیت مذکور، که استئوپروز ناشی از عدم استفاده نامیده می‌شود، استخوان‌ها حالت اسفنجی پیدا نموده و شکنندگی آنها افزایش پیدا می‌کند. دمینرالیزاسیون استخوان با این پیامدها همراه است: شکستگی‌های پاتولوژیک به دلیل شکنندگی استخوان، بدشکلی استخوان در ارتباط با اسفنجی شدن آن، آرتروپاتی (بیماری مفصل در ارتباط با کاهش کلسیم) مفاصل و سنگ‌های کلیوی به دلیل دفع مفرط کلسیم از کلیه‌ها و مجاری ادرار.

سیستم متابولیک

از آنجا که در طی استراحت انرژی مورد نیاز کاهش می‌یابد، میزان متابولیسم نیز در بدن کاهش می‌یابد. در بسیاری از بیماران دچار عدم تحرک، عوامل بسیاری مثل تب، تروما، بیماری مزمن یا تغذیهٔ نامناسب نیاز متابولیک بدن را بالا برده و باعث افزایش کاتابولیسم (شکسته شدن منابع پروتئینی جهت تأمین انرژی مورد نیاز در رفع نیازهای بدن) می‌گردد. در صورت عدم کنترل این وضعیت، عضلات تحلیل رفته و تعادل منفی نیتروژن و تغذیه نامناسب، آتروفی عضلات و ضعف ناشی از عدم تحرک را تشدید می‌کند. عدم تعادل مایع و الکترولیت‌ها، تغییر در تبادل مواد غذایی و گازها در سطح سلولی و مشکلات گوارشی همگی در اثر اختلالات متابولیکی بوجود می‌آیند.

سیستم گوارشی

عدم تحرک باعث اختلال در اشتها، کاهش مصرف غذا، تغییر در متابولیسم پروتئین، هضم نامناسب و مصرف نامناسب غذا می‌گردد. زمانی که میزان دریافت مواد غذایی در فرد بیش از مصرف انرژی باشد، وی اضافه وزن پیدا می‌کند. چاقی و عدم فعالیت فیزیکی با سرطان‌های کولورکتال مرتبط شناخته شده‌اند (پرایس ۲۰۰۳). در فرد دچار عدم تحرک، فعالیت طبیعی عضلات مجرای گوارش کاهش یافته و در اغلب موارد یبوست، تضعیف رفلکس‌های دفعی و ناتوان در دفع مدفوع و گاز بوجود می‌آید.

سیستم ادراری

در بیمار خوابیده، کلیه‌ها و حالب‌ها در یک سطح قرار می‌گیرند و ادرار قبل از این که تحت تأثیر نیروی جاذبه به حالب‌ها و مثانه وارد شود مدت طولانی در لگنچه باقی می‌ماند. رکود ادرار باعث رشد باکتریها گردیده و با افزایش میزان باکتریها، عفونت‌های مجرای ادراری بوجود می‌آیند. عدم رعایت بهداشت مناسب پرینه، بی‌اختیاری کاهش مصرف مایعات یا سوندهای ادراری به جا ماندنی، خطر عفونت مجرای ادراری را در بیمار بی‌حرکت افزایش می‌دهند. عدم تحرک بیمار را مستعد اختلالات ادراری دیگری نیز می‌نماید این اختلالات عبارتند از: سنگهای کلیوی (که ناشی از سطوح بالای کلسیم ادرار است)، احتباس ادرار و بی‌اختیاری ناشی از کاهش تون عضلانی مثانه)، قلیایی شدن ادرار (که باعث سهولت رشد باکتریها می‌شود) و کاهش حجم ادرار.

پوست

در بیماران دچار عدم تحرک، بویژه افراد سالمند یا ناتوان، گردش خون دچار اختلال می‌شود و همین مسئله می‌تواند بطور جدی به پوست آسیب برساند. فشار طولانی مدت روی برجستگی‌های استخوانی باعث تجزیه و تخریب بافت پوستی و پیدایش زخم‌های فشاری می‌شود. زخمهای فشاری نیز می‌توانند از مرحلهٔ ۱ (قرمزی) تا مرحلهٔ ۴ (تخریب بافت زیر جلدی و عضله) پیشرفت کنند. در فصل ۳۸ به تفصیل پیرامون زخمهای فشاری بحث شده است.

اثرات روانی ـ اجتماعی

هر گاه فرد نتواند به مدت طولانی حرکت کند و برای انجام فعالیت‌های سادهٔ زندگی روزانه به دیگران وابسته گردد، احساس وی نسبت به خودش در معرض خطر قرار می‌گیرد. تغییرات

راهنمای بررسی و شناخت ۱ـ۳۹

تحرک و ورزش

عوامل بررسی	سؤالات و رویکردها
● سطح فعالیت روزانه	توضیح دهید بطور معمول در طی روز چه فعالیت‌هایی انجام می‌دهید. در برنامهٔ روزمرهٔ شما چه نوع فعالیت جسمی یا ورزشی وجود دارد؟ ـ فعالیت‌های معمول زندگی روزانه ـ نوع، دفعات و مدت انجام ورزش ـ سابقهٔ قبلی ورزش و فعالیت، تغییرات کنونی
● تحمل	توضیح دهید چه نوع فعالیتی و تا چه حد شما را خسته می‌کند؟ ـ سابقهٔ سرگیجه، تنگی نفس، دفعات استراحت در طول فعالیت، افزایش بارز سرعت تنفس بعد از فعالیت متوسط
● اهداف ورزش / تناسب اندام	در حال حاضر با چه هدفی ورزش می‌کنید؟ ـ نگرش و دیدگاه‌ها نسبت به ورزش و تناسب اندام ـ آگاهی از فواید ورزش ـ انگیزهٔ انجام ورزش ـ اهداف کنونی انجام ورزش
● مشکلات حرکتی	آیا حین حرکت یا ورزش و فعالیت شدید دچار مشکل می‌شوید؟ در صورت بروز مشکل، پیرامون آن توضیح دهید. ـ ویژگی مشکل ـ زمان آغاز و تعداد دفعات آن ـ علل شناخته شده ـ شدت ـ نشانه‌ها ـ تأثیر مشکل بر فعالیت‌های روزانه ـ تدابیر انجام شده و نتایج آن
● تغییر در سلامت ذهنی و جسمی	آیا هیچ مشکلی در زمینهٔ سلامت ذهنی یا جسمی وجود دارد که بتواند بر میزان تحرک شما تأثیر گذارد؟ در مورد آن توضیح دهید. ـ کاهش قدرت و تحمل (سکتهٔ مغزی، نارسایی احتقانی قلب، کاردیومیوپاتی، بیماری انسدادی مزمن ریه، سرطان و اختلالات گوارشی) ـ اختلالات عصبی ـ عضلانی (مولتی پل اسکلروزیس، بیماری پارکینسون، صدمات نخاعی) ـ اختلالات اسکلتی ـ عضلانی (آرتریت، شکستگی، دیستروفی عضلانی) ـ اختلالات ادراکی یا شناختی (سکتهٔ مغزی تروما یا تومورمغزی اختلالات بینایی) ـ درد یا ناراحتی (سوختگی، آرتریت روماتوئید، سندرم درد مزمن، درد بعد از عمل جراحی) ـ افسردگی یا اضطراب شدید (نوروز، اسکیزوفرنی)
● عوامل خارجی مؤثر بر حرکت	فکر می‌کنید چه مشکلات دیگری در اطرافتان وجود دارند که توانایی حرکت را در شما محدود می‌سازند؟ ـ عوامل محیطی (پلکان، نبودن دستگیره یا وسایل کمکی دیگر، ناامنی محیط) ـ منابع اقتصادی

اسکلتی نیز بر تصویر ذهنی تأثیر گذارده و ناتوانی در ایفای نقش باعث اثرات منفی در مفهوم خود می‌شود. با طولانی شدن دورهٔ استراحت، فرد احساس پوچی و بی‌ارزشی می‌کند و اعتماد به نفس وی کاهش می‌یابد.

عدم تحرک، واکنشها و پاسخهای روحی را نسبت به تنیدگی‌های روزانهٔ زندگی افزایش می‌دهد. به دلیل کاهش تحریکات حسی و تغییر فرایندهای فکری، فرد بی تفاوت و فاقد احساس می‌شود. عدم تحرک و سازگاری بیمار و خانواده، هر دو دچار مشکل خواهد شد. در طول مدت عدم تحرک بیماران اغلب با اختلال در چرخهٔ خواب ـ بیداری مواجهند و کمیت و کیفیت خواب آنها دچار اختلال می‌شود.

کلسی لستر، دختر ۱۰ سالهٔ دچار کما را به خاطر دارید؟ با توجه به وضعیت کنونی کلسی، وی در معرض خطر بالای عوارض احتمالی ناشی از عدم تحرک مثل ترومبوز، پنومونی، یبوست، عفونت دستگاه ادراری و آسیب‌دیدگی پوست قرار دارد. اگرچه وی هوشیار نیست اما اثرات عدم تحرک بالاخره بر وضعیت روانی ـ اجتماعی وی تأثیر خواهد گذاشت. پرستار باید حین تدوین طرح مراقبتی وی، از اثرات عدم تحرک آگاهی داشته باشد. طرح مراقبتی کلسی شامل بررسی و شناخت دقیق و مکرر، تشخیص زودهنگام و تدابیر فوری جهت پیشگیری از هرگونه عارضهٔ احتمالی است. انجام مراقبت‌های پرستاری دقیق نیز ضروری خواهد بود.

فرآیند پرستاری

بررسی

بررسی و شناخت جامع پرستاری، با استفاده از مصاحبه و بررسی فیزیکی، اطلاعات مربوط به وضعیت حرکتی بیمار را مشخص می‌سازد. در مواردی که تغییر در سلامت ذهنی یا جسمی منجربه اختلال در تحرک بیمار می‌شود، باید برای تعیین محدودیت‌های فیزیکی بیمار از مهارتهای تخصصی‌تری جهت بررسی و شناخت استفاده کرد.

تاریخچهٔ پرستاری

طی گرفتن تاریخچهٔ پرستاری، پرستار با بیمار در مورد سطح فعالیت روزانهٔ زندگی، تحمل وی، ورزش و اهداف آن، مشکلات حرکتی، تغییر در وضعیت جسمی و ذهنی مؤثر بر حرکت و عوامل خارجی مؤثر بر حرکت مصاحبه می‌کند. سؤال از بیمار در مورد اهداف تناسب اندام و سلامت جسم نیز مهم است چرا که نشان دهندهٔ دیدگاه بیمار نسبت به سلامتی است. این راهکار مصاحبه، علاوه بر اینکه یک ابزار آموزشی قوی است، به بیماران نیز می‌فهماند که شما از آنها انتظار دارید ورزش کنند (به راهنمای بررسی و شناخت رجوع کنید). زمانی که مشکل وجود داشته باشد، پرستار ویژگی مشکل، زمان آغاز و دفعات وقوع، علل مشخص، شدت و نشانه‌های مشکل و اثرات مشکل بر عملکردهای روزانه را بررسی نموده و مشخص می‌سازد از سوی بیمار چه تدابیری جهت رفع مشکل اتخاذ شده و نتایج حاصل از آن چه بوده است.

بررسی فیزیکی

بررسی فیزیکی وضعیت تحرک، شامل بررسی و شناخت کامل سهولت حرکت و گام برداشتن حالت قائم و صاف بدن / ساختمان و عملکرد مفاصل / توده، تونیسیته و قدرت عضله / و قدرت تحمل است. جدول ۴-۳۹ یافته‌های طبیعی و تغییرات مهم را نشان می‌دهد. پرستار باید با توجه کامل به ساختمان و عملکرد اندام‌های حرکتی، بررسی را انجام دهد. توانایی بیمار در نشستن، ایستادن، راه رفتن و گرفتن اجسام باید بررسی شود زیرا در این صورت توانایی بیمار در شستشو، پوشیدن لباس، خوردن غذا و انجام دیگر فعالیت‌های زندگی روزانه مشخص می‌گردد.

سهولت حرکت و گام برداشتن

به عنوان پرستار، بررسی فیزیکی و ضعیت حرکتی بیمار را با راه بردن وی در داخل اتاق آغاز کنید. حرکات روان، هماهنگ و دارای کنترل ارادی، نمایانگر عملکرد منسجم سیستم‌های اسکلتی، عضلانی و عصبی هستند. حرکات غیر ارادی متداول می‌توانند شامل لرزش (تکان مداوم تمام عضلات یا بخشهای مهمی از یک عضله) و تیک (حرکات نامظم اسپاسمی مثل چشمک زدن، شکلک درآوردن و بالا انداختن شانه) باشند.

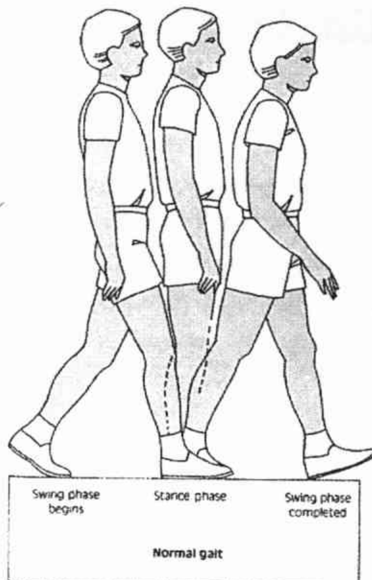
دقت کنید آیا بیمار با اطمینان و سریع حرکت می‌کند یا حرکت وی آهسته و توام با تأمل است. این مشاهدات، هم نمایانگر وضعیت روحی و احساسی بیمار و هم نمایانگر تواناییهای وی در مراقبت از خود می‌باشند.

به نحوهٔ گام برداشتن و راه رفتن بیمار توجه نمایید. حرکات بیمار حین راه رفتن باید هماهنگ و وضعیت بدنی وی متعادل باشد. دستها باید در یک ریتم متناوب آزادانه همراه با پاها به جلو و عقب حرکت کنند. شکل ۶-۳۶ دو مرحلهٔ راه رفتن طبیعی، یعنی ایستادن و حرکت رو به جلو را نشانداده است. همانطور که در شکل می‌بینید، پاشنهٔ پای راست روی زمین قرار دارد (مرحلهٔ ایستادن) در حالی که انگشتان پای چپ از زمین بلند شده و پا از پشت به طرف جلوی بدن در حال حرکت است (مرحلهٔ حرکت رو به جلو). وقتی یک پا در حالت ایستاده باشد، پای دیگر در حال حرکت خواهد بود. بررسی راه رفتن غیر طبیعی حائز اهمیت است چرا که می‌تواند فرد را در معرض خطر آسیب‌دیدگی قرار دهد و از طرف دیگر می‌تواند دال بر مسمومیت یا اختلال عصبی ـ عضلانی باشد.

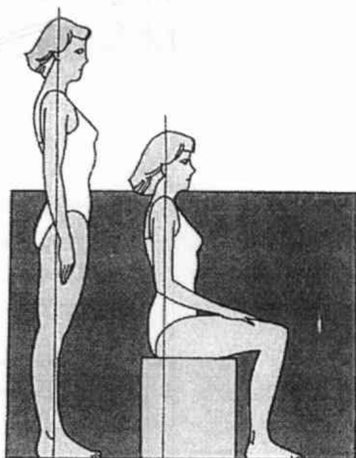
اگر بیمار برای حرکت از صندلی چرخدار، بریس، عصا، واکر یا چوب زیر بغل استفاده می‌کند دقیقاً وی را کنترل نمایید. همچنین مشخص سازید آیا وسایل کمکی نیازهای بیمار را برطرف می‌نمایند و به نحو ایمن و بی‌خطر مورد استفاده قرار می‌گیرند یا خیر.

جدول ۴ـ۳۹. مروری بر بررسی و شناخت فیزیکی وضعیت تحرک

اجزاء	یافته‌های طبیعی	تغییرات مهم
● سهولت حرکت	حرکات بدن: ـ به صورت ارادی کنترل می‌شوند (هدفمند هستند) ـ روان و هماهنگ می‌باشند.	حرکات غیر ارادی وجود دارد: ـ لرزش ـ تیک ـ کره ـ آتتوز (حرکات پرتابی شکل اندام‌ها) ـ دیستونی (اختلال در تونوس عضلانی) ـ انقباض خودبخودی رشته‌های عضلانی ـ انقباض ناگهانی قسمتی از عضله یا تمام آن ـ اختلال در هماهنگی عصبی ـ حرکتی دهان و صورت
● گام برداشتن و وضعیت صحیح بدن	ـ سرراست و ستون مهره‌ها مستقیم است ـ زانوها و پاها بطرف جلو قرار می‌گیرند. ـ دست‌ها با آرنج خمیده در کنار بدن قرار دارند. ـ دست‌ها آزادانه و بطور متناوب همراه با پاها به طرف جلو و عقب می‌روند ـ وقتی یک پا ثابت می‌ایستد پای دیگر در حال حرکت به سمت جلو است.	وضعیت بدن و گام برداشتن غیر طبیعی: ـ همی‌پارزی اسپاسمی ـ راه رفتن قیچی‌وار ـ راه رفتن اسب‌وار ـ عدم تعادل حسی ـ عدم تعادل مخچه‌ای ـ راه رفتن پارکینسونی شکل ـ راه رفتن سالمندی ـ استفاده از وسایل کمک حرکتی
● وضعیت راست و ستونی شکل بدن	بدون کمک وضعیت صحیح بدن حفظ می‌شود: ـ در وضعیت نشسته و ایستاده می‌توان خط مستقیمی از گوش به شانه و مفصل ران رسم کرد. ـ در روی تخت، سر، شانه و مفصل ران در امتداد خط راست قرار داشته و هم ردیف هستند.	ـ انحنای غیر طبیعی ستون فقرات ـ ناتوانی در حفظ وضعیت راست بدن بدون کمک
● ساختمان و عملکرد مفاصل	ـ بدشکلی یا دفرمیتی مفصل وجود ندارد. ـ دامنهٔ حرکتی مفصل کامل است.	ـ محدود بودن دامنهٔ حرکتی طبیعی ـ افزایش تحرک مفصل ـ ادم یا حساسیت در مفصل یا اطراف آن ـ گرمی و قرمزی مفصل ـ کریپتاسیون (صدای تماس و مالش خشک) ـ دفرمیتی ـ آتروفی عضلهٔ ندول و تغییرات پوستی ـ عدم تقارن درگیری مفاصل
● توده، تون و قدرت عضله	ـ برای حرکت و کار، تودهٔ عضلانی، تونیسیته و قدرت آن کافی است.	ـ آتروفی، هایپرتروفی ـ هایپوتونی (شلی) و سفتی ـ پارزی یا فلج
● قدرت تحمل	توانایی چرخیدن در تخت، حفظ وضعیت صاف بدن در حالت نشستن، ایستادن، حرکت و انجام فعالیت‌های مراقبت از خود	ناتوانی فیزیولوژیکی یا روانشناختی نسبت به تحمل افزایش فعالیت: ـ افزایش نبض، تنفس و فشار خون بعد از استراحت ـ کوتاه شدن تنفس، تنگی نفس ـ ضعف ـ رنگ پریدگی ـ سرگیجه ـ درد



شکل ۶ـ۳۹. دو مرحلهٔ راه رفتن طبیعی، یعنی ایستادن و حرکت رو به جلو نشان داده شده است.





شکل ۷ـ۳۹. وضعیت بدنی مناسب. در وضعیت ایستاده و نشسته می‌توان یک خط مستقیم از گوش تا شانه و مفصل ران رسم کرد. بر روی تخت، سر، شانه‌ها و مفصل ران در امتداد خط مستقیم قرار می‌گیرند.

قرارگیری بدن در وضعیت صاف

نحوهٔ قرارگیری صحیح بدن باعث می‌شود سیستم اسکلتی - عضلانی حداکثر تعادل و عملکرد را داشته باشد و فعالیت‌های فیزیولوژیکی به خوبی انجام گیرند. عواملی مثل وضعیت بدنی نامناسب از نوع مزمن، تروما، آسیب‌دیدگی عضلات و اختلال عملکردهای عصبی می‌توانند باعث انحراف بدن از وضعیت طبیعی شوند. خستگی و وضعیت روحی و احساسی فرد نیز بر وضعیت قرارگیری بدن وی تأثیر می‌گذارند. بیمار باید در حالت ایستاده نشسته و خوابیده از نظر وضعیت قرارگیری بدن دقیقاً بررسی شود (شکل ۷ـ۳۹). پرستار باید توجه داشته باشد آیا بیمار می‌توان وضعیت بدنی خود را بدون کمک دیگران حفظ کند یا نه. وضعیت صحیح قرارگیری بدن در حالت ایستاده به شرح زیر است:

- سر کاملاً صاف است.
- صورت به طرف جلو و در همان جهت پاها است.
- سینه بطرف جلو و بالا قرار دارد.
- ستون مهره‌ها صاف و انحنای ستون فقرات در حد طبیعی است.
- عضلات شکم به طرف بالا و باسن بطرف پایین قرار دارند.
- زانوها صاف بوده و خم یا خیلی کشیده نیستند.
- پاها نسبت به ساق پا زاویهٔ قائمه دارند.
- خط ثقل از مرکز زانوها و جلوی مفاصل مچ پا می‌گذرد.
- سطح اتکاء روی کف پاها بوده و وزن بدن بین کف و پاشنهٔ پا توزیع می‌شود. وضعیت قرارگیری صحیح بدن در حالت نشسته نیز مشابه ایستاده است، فقط در حالت نشسته مفصل هیپ خم شده و زانوها نیز حالتی خمیده دارند ولی یکدیگر را قطع نمی‌کنند. سطح اتکاء نیز روی باسن و بالای رانها است. ناحیهٔ پوپلیتئال (رکبی) باید از لبهٔ صندلی فاصله داشته باشد تا از رکود جریان خون و آسیب‌دیدگی احتمالی عصب جلوگیری به عمل آید.

ساختمان و عملکرد مفصل

برای معاینهٔ مفاصل، دامنهٔ حرکتی آنها و بافتهای اطرافشان، از روش مشاهده و لمس استفاده کنید. دامنهٔ حرکت، به محدودهٔ حرکتی کامل یک مفصل در حالت طبیعی اطلاق می‌گردد. حین بررسی تحرک مفصل باید به موارد زیر توجه نشان دهید:

- اندازه، شکل، رنگ، و قرینه بودن مفاصل. توجه به وجود هر نوع توده، تغییر شکل یا آتروفی عضله

- دامنهٔ حرکتی هر مفصل
- محدودیت در دامنهٔ حرکتی یا افزایش غیر عادی حرکات مفصل (بی‌ثباتی) (دامنهٔ حرکتی در بین افراد متفاوت بوده و با افزایش سن کاهش می‌یابد)
- هرگونه ورم، گرما، حساسیت، درد، ندول، کریپتاسیون (تولید صدای گوش خراش یا احساس شکستن حین حرکت مفصل).
- مقایسه یافته‌های موجود در یک مفصل با مفصل مقابل.

قدرت، تونیسیته و تودهٔ عضلات

توده، تونیسیته و قدرت کافی عضلهٔ اسکلتی شرط لازم برای حرکت بدن و انجام کار است. منظور از توده، همان اندازهٔ عضله است. آتروفی به معنی کاهش تودهٔ عضله بوده و به دنبال عدم استفاده از عضله یا اختلالات عصبی پدید می‌آید. هایپرتروفی به افزایش تودهٔ عضلانی در اثر ورزش یا تمرین اطلاق می‌گردد. معاینه‌کننده باید تودهٔ عضلات سرتاسر بدن را بررسی کرده و با استفاده از متر، اندازهٔ یک گروه عضلانی را با گروه دیگر مقایسه نماید.

در بیشتر بیماریهای مزمن مثل سرطان، تغییرات قابل رویتی در توده عضلانی ایجاد گردیده و عضلات تحلیل می‌روند.

کشش جزیی که حین استراحت در عضلهٔ طبیعی با اعصاب سالم وجود دارد را تون عضلانی می‌گویند. تون عضله، با خم و راست کردن آرنج یا زانو و توجه به درجهٔ مقاومت این حرکات، بررسی می‌گردد. کاهش تونیسیته (هیپوتونی یا فلکسیدیتی) همان شلی عضله است که در اثر عدم استفاده از آن یا اختلالات عصبی پدید می‌آید. اسپاستیسیتی، افزایش تون عضله است که در حرکت اختلال ایجاد نموده و در اثر اختلالات عصبی پدید می‌آید.

پرستار به دقت تون عضلانی کلسی‌لستر، دختر ۱۰ سالهٔ دچار کما را بررسی نماید. با توجه به عدم هوشیاری وی، اطلاعات بدست آمده از بررسی و شناخت می‌تواند به عنوان وسیله‌ای جهت ارزیابی عملکرد سیستم عصبی مورد استفاده قرار گیرد. علاوه بر این پرستار باید نسبت به شواهد فلکسیدیتی نیز هوشیار باشد، فلکسیدیتی می‌تواند در اثر عدم استفاده یا اختلال احتمالی سیستم عصبی پس از بروز حادثه بوجود آید.

قدرت عضلات از فردی به فرد دیگر و حتی در بین عضلات مختلف بدن یک فرد، متفاوت است و معمولاً به میزان استفاده و بکارگیری عضله بستگی دارد. جهت آزمودن قدرت عضله از بیمار درخواست می‌شود تا دربرابر نیرو و یا مقاومت حرکت نماید. بطور مثال کف دستهای فرد معاینه کننده را با فشار از هم جدا نماید یا با پا به کف دستهای معاینه کننده فشار وارد آورد. حین مقایسهٔ عضلات، باید در نظر داشت که طرف غالب بیمار قویتر باشد. اختلال در قدرت عضله یا ضعف اصطلاحاً پارزی نامیده می‌شود. از بین رفتن قدرت عضله به دلیل اختلالات عصبی را پارالیز می‌گویند. همی پارزی به ضعف یک نیمه از بدن اطلاق می‌گردد. پاراپلژی، فلج هر دو پا و کوادری پلژی، فلج دستها و پاها می‌باشد.

قدرت عضلانی بیمار باید برای انجام وظایف ضروری کافی باشد. به عنوان مثال وقتی صندلی چرخدار وسیلهٔ حرکتی اولیه برای بیمار محسوب می‌شود، باید قدرت و توانایی قسمت فوقانی بدن کافی و مناسب باشد.

قدرت تحمل

حین بررسی تحمل بیمار باید توانایی بیمار را در چرخیدن بر روی تخت، فقط وضعیت صحیح بدن هنگام ایستادن، نشستن، راه رفتن و فعالیت‌های مراقبت از خود مورد ارزیابی قرار دهید. هرگاه اعتقاد بر این باشد که عوامل جسمی و روانی بر قدرت تحمل بیمار مؤثرند، در آنصورت پرستار باید اقدامات زیر را انجام دهد:

- در حالت استراحت، علائم حیاتی فرد را کنترل کند.
- بیمار را جهت انجام فعالیت (مثلاً راه رفتن) آموزش دهد.
- پاسخ بیمار را طی فعالیت و پس از آن بررسی کند.
- علایم حیاتی را بلافاصله پس از فعالیت کنترل نماید.
- سه دقیقه پس از استراحت مجدداً علائم حیاتی را بررسی کند.

یافته‌های مهم که نشان می‌دهند فرد به حد نهایی تحمل حین ورزش و فعالیت رسیده عبارتند از: افزایش قابل توجه نبض، تنفس و فشار خون، کوتاه شدن تنفس، تنگی نفس، ضعف، رنگ پریدگی، گیجی و سرگیجه.

تشخیص

پرستار با تجزیه و تحلیل اطلاعات، مشکلات موجود و احتمالی مربوط به وضعیت حرکتی را در بیمار تعیین می‌نماید. چون مشکلات حرکتی عوارضی جدی به دنبال دارند و این عوارض نیازمند درمانهای پیچیده و پرهزینه هستند، لذا پرستار باید بیشتر در زمینهٔ پیشگیری از بروز این مشکلات فعالیت نماید. طرح مراقبتی برای بیماری که دچار تغییر وضعیت حرکتی است باید شامل آن دسته از تشخیص‌های پرستاری باشد که به شناسایی عوارض عدم تحرک پرداخته‌اند، عوارضی که بیمار در معرض خطر بالای ابتلاء به آنها قرار دارد.

نمونه‌هایی از تشخیص‌های پرستاری NANDA	حرکت	
تشخیص‌های پرستاری	**عوامل مرتبط**	**برخی از ویژگیهای مشخصه**
عدم تحمل نسبت به فعالیت	ـ هرگونه شرایطی که مانع رسیدن اکسیژن به بافتها شود (مثل مشکلات قلبی نظیر نارسایی احتقانی قلب و آریتمی‌ها، مشکلات تنفسی بخصوص بیماری انسدادی مزمن ریه، مشکلات گردش خون، دیابت شیرین) ـ هر وضعیتی که باعث خستگی شود (مثل افسردگی، درد، اختلال خواب، استراحت طولانی مدت در بستر، شیوهٔ زندگی کم تحرک).	ـ کاهش توانایی در انجام فعالیتهای مراقبت از خود: چرخیدن درتخت، تغییر وضعیت بدن، حرکت، شستشو، پوشیدن، لباس خوردن غذا و غیره).
اختلال در تحرک فیزیکی	ـ اختلال عصبی ـ عضلانی (آرتریت، سکتهٔ مغزی، بیماری پارکینسون) ـ اختلال عضلانی ـ اسکلتی ـ کاهش قدرت و تحمل عضله ـ درد یا ناراحتی ـ افسردگی	ـ تغییر پاسخدهی نسبت به فعالیت: ـ تنگی نفس، کوتاهی نفس، افزایش زیاد سرعت تنفس ـ نبض ضعیف، افزایش تعداد تنفس، تغییر در ریتم نبض ـ عدم ازدیاد فشار خون پس از فعالیت یا کاهش آن ـ ضعف، رنگ پریدگی، سرگیجه، گیجی ـ ناتوانی فیزیکی در حرکت هدفمند یا امتناع از حرکت ـ محدود شدن دامنهٔ حرکتی ـ کاهش توده، تون و قدرت عضله ـ محدودیت‌های حرکتی ناشی از درمان (مثل دستور استراحت در بستر، استفاده از آتل یا وسایل کششی)

دو تشخیص پرستاری «عدم تحمل فعالیت» و «اختلال در تحرک فیزیکی» سطور اختصاصی به مشکلات عدم تحرک می‌پردازند. نمونه‌هایی از عوامل مربوطه و ویژگیهای مشخصه درنمای تشخیصهای پرستاری ارایه گردیده است. دیگر تشخیصهای پرستاری مربوط به اثرات عدم تحرک در جدول ۵ـ۳۹ شرح داده شده‌اند. وضعیت حرکتی بیمار می‌تواند بر دیگر عملکردهای بدن انسان نیز تأثیر گذارند. در زیر نمونه‌های دیگری از تشخیصهای پرستاری احتمالی شرح داده شده است:

- درد در رابطه با عدم توانایی تغییر وضعیت بدن بطور مستقل، محدود بودن دامنهٔ حرکتی و آتروفی عضلانی.
- اختلال در راه رفتن در رابطه با افتادگی پا
- اختلال در توانایی جابجایی در رابطه با ضعف عمومی بدن
- حفظ غیر مؤثر سلامتی در رابطه با عدم توانایی حرکت جهت برآورده نمودن نیازها / عدم حمایت از فرد
- اختلال در حفظ ادارهٔ خانه در ارتباط با عدم تحرک
- عدم تبعیت از برنامهٔ توصیه شدهٔ ورزشی در رابطه با کاهش تحمل و انگیزه
- نقص در انجام مراقبت از خود (حمام / نظافت شخصی، غذا خوردن، پوشیدن لباس، آراستگی ظاهر، رفتن به توالت) در ارتباط با ضعف فیزیکی (کاهش توده و قدرت عضلانی)، تغییر تحرک (اندامهای انتهایی فوقانی و تحتانی).
- اختلال عملکرد جنسی در ارتباط با اختلالات عصبی ـ عضلانی

تعیین برآیندها و برنامه‌ریزی

چنانچه بیمار در رابطه با حرکت مشکلی نداشته باشد، برآیندهای مورد انتظار بیمار با ارتقای سلامت فیزیکی وی در ارتباط خواهند بود. به عنوان مثال بیمار باید بتواند به موارد زیر دست پیدا کند:

- رعایت یک برنامهٔ منظم ورزشی، برنامه‌ای که بتواند عملکرد قلبی ـ عروقی، قدرت و تحمل فرد و انعطاف‌پذیری بدن وی را بهبود بخشد.

برای دستیابی به این برآیند مورد انتظار درازمدت، به برآیندهای مورد انتظار کوتاه مدت زیادی نیاز خواهد بود. از آن جمله:

در ملاقات بعدی به تاریخ ۲۰۰۶/۸/۲۰، بیمار باید بتواند:

- ۴ فایدهٔ ورزش منظم را برای شخص خود شناسایی کند.
- نوع برنامهٔ ورزشی مورد نظر خود را شرح دهد (از نظر نوع فعالیت، تعداد دفعات و طول مدت)
- سرعت و دامنهٔ ضربانهای قلب خود را تعیین نماید.
- چنانچه در معرض خطر بالای عوارض قرار دارد، برنامهٔ ورزشی را از نظر پزشکی به تأیید برساند.
- سیستمهای حمایتی تشویق کنندهٔ برنامه‌های ورزشی را فهرست‌بندی نماید.

جدول ۵ـ۳۹. تشخیص‌های پرستاری برگزیده، اولویتهای بررسی و شناخت، برآیندهای مورد انتظار و تدابیر پرستاری

تشخیص‌های پرستاری مرتبط با عدم تحرک	علل	اولویتهای بررسی و شناخت	برآیندهای مورد انتظار	تدابیر پرستاری
● **قلبی عروقی**				
- عدم تحمل فعالیت: افزایش بارکاری قلب	- وضعیت طاقباز حجم خون در گردشی که باید توسط قلب پمپاژ شود را افزایش می‌دهد، مقاومت عروق محیطی نیز کاهش می‌یابد.	- بررسی نبض‌های اپیکال و محیطی - توجه به افزایش ضربان قلب و ضعیف شدن نبض‌های محیطی - توجه به وجود ادم	- علائم حیاتی بیمار در حد طبیعی حفظ خواهد شد. - بیمار نشانه‌های بازگشت کافی خون وریدی را نشان خواهد داد (عدم وجود آمبولی، ترومبوز و ادم)	- تشویق بیمار به قرارگرفتن در وضعیت نشسته. - پرهیز از فعالیت‌های منجربه افزایش فشار داخل قفسه سینه (مثل مانور والسالوا).
پرفیوزن غیر مؤثر بافتی: تشکیل ترومبوز	- رکود و توقف خون وریدی به علت عدم انقباض عضلات پا - افزایش انعقاد خون به دلیل جدا شدن کلسیم از استخوان‌ها و ورود آن به داخل خون - فشار خارجی روی وریدها (به دلیل فشرده شدن زانو روی تخت)	- بررسی بیمار از نظر شکایت درد به خصوص در ساق پا و علائم التهاب - مقایسهٔ یک اندام انتهایی با اندام انتهایی دیگر - اندازه‌گیری ساق پا و رانها (محل اندازه‌گیری مشخص گردد)	—	- تشویق بیمار به انجام ورزش پا، ۴-۳ بار در روز - بالا قرار دادن پا بطور متناوب - اجتناب از خم کردن زانو و مفصل هیپ به مدت طولانی - استفاده از TEDS در صورت دستور پزشک - اجتناب از ماساژ پا به خصوص وقتی بیمار از درد شکایت دارد.
- خطر آسیب‌دیدگی افت فشار خون وضعیتی	- ضعف عضلات اسکلتی و کاهش تون عروقی - هایپوولمی	- بررسی بیمار از نظر شکایت، سرگیجه و غش - مقایسهٔ فشار خون قبل از تغییر وضعیت با فشار خون بعد از تغییر وضعیت	- بیمار بدون آسیب‌دیدگی از حالت خوابیده به نشسته یا ایستاده تغییر وضعیت خواهد داد.	- در صورت عدم ممنوعیت بیمار در حالت نشسته بخوابد یا سر تخت بالا آورده شود. - تغییر وضعیت بیمار به تدریج و به آرامی - تشویق بیمار به ورزش پاها - اجتناب از مانور والسالوار
● **تنفسی**				
- الگوی تنفسی غیر مؤثر	- محدود شدن اتساع قفسه سینه در وضعیت نشسته یا خوابیده به مدت طولانی - آتروفی یا عدم استفاده از عضلات - از بین رفتن هماهنگی عضلات - استفاده از داروهای کاهش دهنده عملکردهای تنفسی	- بررسی سرعت، ریتم و کیفیت تنفس - بررسی تقارن حرکت دیوارهٔ قفسه سینه	- عمق و سرعت تنفس در حد طبیعی حفظ خواهد شد. - بیمار هر ۲-۱ ساعت تنفس عمیق و سرفه خواهد نمود.	- تغییر وضعیت بیمار هر ۲ ساعت یکبار - تشویق بیمار به تنفس عمیق و سرفه هر ۲-۱ ساعت - برداشتن شکم بند بیمار هر ۲ ساعت جهت انجام تنفس عمیق
- پاکسازی غیر مؤثر راه تنفسی	- تغییر عملکرد غشاهای مخاطی و مژک‌ها - کاهش تغییر وضعیت بیمار - سرفهٔ غیر مؤثر در رابطه با ضعف - درد - دهیدراتاسیون	- بررسی صداهای تنفسی در تمام قسمتهای ریه - توجه به هرگونه صدای غیر طبیعی تنفسی - بررسی خلط (ممکن است C&S دستور داده شود)	- در سمع، ریه‌های بیمار پاک خواهند بود. - بیمار نشانه‌های عفونت تنفسی را نشان نخواهد داد.	- انجام مراقبت‌های پرستاری مشابه با الگوی تنفسی غیر مؤثر - مایع رسانی کافی به بیمار - انجام فیزیوتراپی سینه - ساکشن در صورت نیاز
- اختلال در تبادل گازها (نسبت O_2/CO_2)	- کاهش حرکات تنفسی - تجمع ترشحات	- توجه به تغییر رفتار یا تغییر در وضعیت ذهنی - مقایسهٔ تصاویر بالینی ضمن ایجاد تغییر در ABG، پالس اکسی‌متری و PFT	- تبادل گازهای O_2 و CO_2 در حد کافی حفظ خواهد شد.	- به اقدامات و مراقبت‌های پرستاری مربوط به الگوی تنفسی غیر مؤثر و پاکسازی غیر مؤثر راه تنفسی رجوع کنید.

جدول ۵ـ۳۹. (ادامه)

تشخیص‌های پرستاری مرتبط با عدم تحرک	علل	اولویتهای بررسی و شناخت	برآیندهای مورد انتظار	تدابیر پرستاری
● عضلانی اسکلتی				
ـ خطر عدم تحمل فعالیت (نقص در مراقبت از خود) ـ اختلال در تحرک فیزیکی	ـ کاهش توده، تون و قدرت عضله (آتروفی) ـ انقباض‌های مرضی (کنتراکتور) ـ سفتی و درد مفاصل ـ محدود شدن دامنهٔ حرکتی ـ کاهش تحمل	ـ بررسی از نظر ضعف، خستگی، درد یا حساسیت عضله و مفصل ـ بررسی کاهش توده، تون و قدرت عضله ـ توجه به کنتراکتورهای آنکیلوزی	ـ بیمار برای انجام فعالیت‌های مراقبت از خود، قدرت کافی عضلات و تحرک مفاصل را حفظ خواهد کرد.	ـ گنجاندن ورزشهای ROM و ایزومتریک در روتین روزانه (حداقل ۳ تا ۴ مرتبه در روز).
ـ خطرآسیب‌دیدگی: شکستگی‌های پاتولوژیک	ـ دمینرالیزاسیون بیش از حد استخوان (استئوپروز ناشی از عدم استفادهٔ اندام)	ـ دمینرالیزاسیون استخوان با بررسی فیزیکی قابل تشخیص‌نیست. ـ باید تصویر بالینی عارضه را با مطالعات بیوشیمیایی خون مقایسه کرد. (بالابودن سطح کلسیم و فسفر در خون)	ـ بیمار دچار کنتراکتورهای آنکیلوزی و شکستگی‌های پاتولوژی نخواهد شد.	ـ افزایش تدریجی تحمل بیمار به فعالیت ـ کمک به بیمار جهت انجام تمامی فعالیت‌های مراقبت از خود بطور مستقل
● متابولیک				
ـ تغذیهٔ نامتعادل: کمتر از حد مورد نیاز بدن ـ تغذیهٔ نامتعادل: بیشتر از حد مورد نیاز بدن افزایش حجم مایع: ادم وابسته	ـ تعادل منفی نیتروژن ـ بی اشتهایی ـ عدم تعادل میان دریافت کالری و سوخت کالری ـ شیفت مایع به دلیل تعادل منفی نیتروژن	ـ بررسی تاریخچهٔ غذایی بیمار ـ کنترل جذب و دفع ـ مقایسهٔ تصویر بالینی بیمار با نتیجهٔ مطالعات آزمایشگاهی ارزیابی کنندهٔ مایع و الکترولیتها ـ ارزیابی آتروفی عضله ـ بررسی قابلیت ارتجاعی پوست و بهبود زخم	ـ بیمار با توجه به قد، وزن مناسب خود را حفظ خواهد کرد. ـ مایعات دفعی تقریباً با مایعات مصرفی برابر خواهند بود. ـ میزان پروتئین‌های سرم و الکترولیتها به حد طبیعی خواهد رسید. ـ قابلیت ارتجاعی پوست طبیعی خواهد بود.	ـ استفاده از رژیم غذایی پرپروتئین و پرکالری برای بیمار ـ استفاده از روشهای تغذیه‌ای روده‌ای و تزریقی در صورتی که بیمار قادر به خوردن غذا از راه دهان نباشد. ـ افزایش دفعات غذا وکاهش حجم آن، سرو غذا در محیطی خوشایند. ـ کنترل جذب و دفع
● گوارشی				
ـ یبوست	ـ کاهش تون عضلانی و تحرک معده ـ کاهش مصرف مایعات	ـ بررسی مکرر و مداوم حرکات روده ـ بررسی صداهای روده، تون شکم و تون اسفنکتر مقعد	ـ بیمار هر ۳ـ۱ روز به نوع مدفوع با قوام نیمه جامد خواهد پرداخت ـ بیمار علائم تراکم مدفوع را نشان نخواهد داد.	ـ توجه به روتین معمول اجابت مزاج در بیمار ـ دادن لگن به بیمار و ایجاد محیطی خلوت برای اجابت مزاج بالا بردن میزان مایع مصرفی
● ادراری				
ـ تغییر در دفع ادرار ـ احتباس ادرار، خطر عفونت دستگاه ادراری	ـ سنگ کلیه ـ استاز یا توقف ادرار	ـ بررسی الگوی دفع ادرار (زمان و مقدار) ـ سؤال در مورد وجود فوریت دفع ادرار، سوزش ادرار و درد. کنترل جذب و دفع	ـ بیمار الگوی معمول دفع ادرار را حفظ خواهد کرد. ـ بیمار دچار سنگ‌های کلیوی نخواهد شد. ـ بیمار علائم عفونت دستگاه ادراری را نشان نخواهد داد.	ـ حفظ مایع رسانی مناسب به بیمار ـ حفظ الگوی معمول دفع ادرار ـ کمک به استفاده از لگن (در صورت نیاز) و حفظ حریم خصوصی بیمار هنگام دفع ادرار
● پوست				
ـ اختلالات در سلامت و انسجام بافت پوستی (زخم فشاری)	ـ کاهش جریان خون موضعی به بافت ـ فشار طولانی روی پوست.	ـ معاینهٔ پوست در هر بار تغییر وضعیت بیمار به ویژه معاینهٔ نواحی تحت فشار از نظر آغاز مراحل آسیب‌دیدگی (حداقل هر ۲ ساعت یکبار) ـ بررسی عواملی که بیمار را در معرض خطر آسیب‌دیدگی پوست قرار می‌دهد (سوء تغذیه، بی‌اختیاری).	ـ پوست بیمار علائم آسیب‌دیدگی را نشان نخواهد داد.	ـ تغییر وضعیت بیمار و قراردادن بدن وی در موقعیت صحیح هر ۲ـ۱ ساعت ـ محافظت از نواحی تحت فشار (استفاده از محافظهای پاشنهٔ پا و آرنج). ـ کاهش اثرات نیروهای برشی ـ تمیز و خشک نگهداشتن پوست ـ جلوگیری از چروکیدگی یا چین خوردگی ملافه‌ها

جدول ۵ـ۳۹. (ادامه)

تشخیص‌های پرستاری مرتبط با عدم تحرک	علل	اولویتهای بررسی وشناخت	برایندهای مورد انتظار	تدابیر پرستاری
● **روانی و اجتماعی**				
ـ اعتماد به نفس پایین ـ احساس ناتوانی ـ اختلال در روابط اجتماعی ـ اختلال در فرایندهای فکری ـ کمبود اطلاعات ـ تطابق غیر مؤثر ـ تطابق غیر مؤثر خانواده ـ اختلال در الگوی خواب	ـ ناتوانی در حرکات ارادی ـ وابستگی به دیگران ـ عدم توانایی تحقق انتظارات مربوط به نقش ـ درد ـ تغییر شکل استخوان ـ پاسخهای احساسی و رفتاری اغراق‌آمیز ـ کاهش توانایی یادگیری و به یادآوردن اطلاعات ـ افزایش نیاز به خواب و چرت‌زدن	ـ بررسی بیمار از نظر تغییرات رفتاری وضعیت احساسی و توانایی‌های ذهنی ـ بررسی از نظر روشهای مؤثر تطابق فردی و خانوادگی ـ بررسی الگوی خواب ـ بیداری ـ شرح علل بروز این تغییرات به بیمار و خانواده	ـ بیمار نقاط قوت فردی خود را شناسایی خواهد کرد. ـ بیمار تصویر ذهنی مثبتی از خود در ذهن خواهد داشت. ـ بیمار راهکارهای تطابقی موفقیت‌آمیزی را شرح خواهد داد. ـ بیمار از توانایی حل مشکلات برخوردار خواهد بود.	ـ توضیح در مورد اثرات عدم تحرک بر وضعیت ذهنی و رفتارها ـ جستجوی روشهایی برای ت.مین نیازهای اجتماعی بیمار ـ افزایش تحریکات جهت حفظ توانایی بیمار در تشخیص موقعیت ـ تشویق بیمار به حفظ استقلال تا حد ممکن ـ به چالش فراخواندن بیمار از نظر عقلانی ـ شرح تأثیر بیماری بر خانواده و انجام مشاوره در صورت نیاز

بیمارانی که با خطر بالای مشکلات خاص حرکتی روبرو هستند به برآیندهای مورد انتظار متفاوتی نیاز دارند. به عنوان مثال، این بیماران باید بتوانند:

- نحوهٔ قرارگیری بدن در وضعیت صحیح را نشان دهند.
- هر دو ساعت طبق برنامه تغییر وضعیت دهند.
- دامنهٔ حرکتی کامل مفصل را نشان دهند (تحرک مفصل)
- توده، تون و قدرت عضلات را جهت انجام فعالیت‌های ADL بطور عملی نشان دهند (توده، تون و قدرت عضلانی).

برآیندهای مورد انتظار خاص برای بیماران در معرض خطر عوارض عدم تحرک در جدول ۵ـ۳۹ شرح داده شده‌اند. برای مشکلات اختصاصی‌تر (مثلاً بیماری که باید برای راه رفتن با عصا آموزش ببیند یا قرار است در زمینهٔ تکنیک‌های جابجایی تنها با استفاده از بالا تنه مهارت یابد)، برآیندهای مورد انتظار باید برای هر فرد بطور جداگانه تعیین شوند.

گلی‌ویات را به خاطر آورید، زنی که پس از درمان شکستگی از بیمارستان مرخص شده بود. برآیند مناسب برای خانم ویات این است که وی بتواند توانایی انتقال خود از روی تخت به صندلی و سپس به اتومبیل را با کمک فرد دیگر به صورت عملی نشان دهد.

اجرا

راهکارهای پرستاری در زمینهٔ پیشبرد وضعیت صحیح بدن، حرکت و سلامت و تناسب بدن در قسمت‌های بعدی توضیح داده شده‌اند. تکنیک‌های تغییر وضعیت بیماران انجام ورزشهای مربوط به دامنهٔ حرکتی، نحوهٔ جابجایی، بلند کردن و راه بردن بیماران و طرح‌ریزی برنامه‌های ورزشی همگی در ادامه شرح داده می‌شوند.

وضعیت بدنی بیماران

وضعیت بدنی مناسبی که بتواند اجزای مختلف بدن را در امتداد هم قرار دهد و به سهولت عملکردهای فیزیولوژیکی منجر شود، به سلامت جسمی و روانی بیمار هم کمک خواهد نمود. نیروی جاذبه در صورت عدم وجود حمایت کافی می‌تواند اجزای بدن را از امتداد هم خارج سازد. به همین دلیل وضعیت‌های بدنی مختلف زمانی ویژگی حفاظت کنندگی خواهند داشت که بیمار بطور صحیح در این وضعیت‌ها قرار گرفته باشد.

وسایل متداول مورد استفاده جهت اصلاح قرارگیری بدن

وسایل بسیاری وجود دارد که می‌توانند به حفظ قرارگیری بدن در وضعیت مناسب و تونوس عضلات در طول مدت استراحت بیمار در بستر کمک کنند، و علاوه بر آن ناراحتی یا فشار بخشهای مختلف بدن را برطرف سازند.

بالش:

بالش‌ها عمدتاً برای تکیه دادن یا بالا نگهداشتن قسمتی از بدن به کار می‌روند. بالش‌ها در اندازه‌های متفاوت برای قسمت‌های مختلف بدن مفید واقع می‌شوند. بالشهایی که برای سر استفاده می‌شوند بزرگ هستند و بالشهای کوچک به عنوان تکیه گاه برای بالانگهداشتن اندام‌های انتهایی، شانه‌ها و زخم‌های جراحی به کار می‌روند. در صورت عدم دسترسی به تخت‌های قابل تنظیم (بویژه در خانه) می‌توان از بالشهای سنگین با طراحی خاص

جهت بالا نگهداشتن قسمت فوقانی بدن استفاده کرد.

تشک:

تشکی راحت است و از بدن محافظت می‌کند که به اندازهٔ کافی سفت باشد و به بدن اجازه دهد در وضعیت صحیح قرار گیرد. بیماری که باید در تختی با تشک نرم استراحت کند، ممکن است به کمردرد و ناراحتی‌های دیگر دچار شود. تشک‌های فومی ـ کائوچویی مرغوب، سفتی خود را حفظ نموده و از جنس کائوچوی طبیعی یا مصنوعی یا مخلوطی از هر دو هستند این تشک‌ها هوای زیادی را در خود جای می‌دهند و وضعیت بدن را در همهٔ قسمت‌ها به خوبی حفظ می‌کنند. بزرگترین مزیت این نوع تشک‌ها آن است که مثل تشک‌های قندی، پستی و بلندی پیدا نکرده، همچنین بر نقاط استخوانی بدن مثل قوزک پا، آرنج، کتف و دنبالچه فشار وارد نمی‌آورند. انواع تخت‌های خاص، تشک‌ها و پدهای مورد استفاده جهت پیشگیری از زخم‌های فشاری در فصل ۳۸ مورد بحث قرار گرفته‌اند.

تخت‌های قابل تنظیم:

سر تخت‌های قابل تنظیم بر حسب درجهٔ دلخواه می‌تواند بالا نگه داشته شود. این وضعیت در قسمت بعدی همین فصل شرح داده خواهد شد. پائین تخت نیز تا حد مورد نظر می‌تواند بالا قرار گیرد.

بعضی از تخت‌های قابل تنظیم به گونه‌ای هستند که در قسمت وسط نیز تغییر زاویه می‌دهند، طوری که تشک در سطح زانوها انحناء پیدا می‌کند. این وضعیت بندرت توصیه می‌شود یا فقط در دورهٔ کوتاهی مورد استفاده قرار می‌گیرد زیرا با فشار آوردن به قسمت رکبی پشت زانو، به گردش خون اندام انتهایی تحتانی آسیب رسانده و خطر ایجاد لخته را افزایش می‌دهد.

فاصلهٔ تخت قابل تنظیم از زمین نیز می‌تواند تغییر نماید. وقتی تخت در ارتفاع پایین باشد، بیمار به راحتی می‌تواند از تخت خارج یا به آن وارد شود. وقتی تخت در ارتفاع بالا باشد، افراد تیم مراقبتی می‌توانند به راحتی کار کنند و در حین کار دچار کشش و پیچ‌خوردگی کمر نشوند. دستورالعمل‌های کلی جهت استفادهٔ ایمن از تخت در فصل ۲۷ توضیح داده شده‌اند.

ژنویوآگوستوس را به یاد آورید، زن سالمندی که مراقبت از همسرش را پس از سکتهٔ مغزی به عهده گرفته بود. برای کمک به ژنویو جهت مراقبت از همسرش، در صورت ضرورت می‌توان تخت‌های قابل تنظیم را توصیه نمود (البته اگر قبلاً در خانه وجود نداشته باشد) وجود این تخت‌ها هم برای ژنویو و هم برای همسرش مفید واقع خواهد شد.

میله‌های کنار تخت:

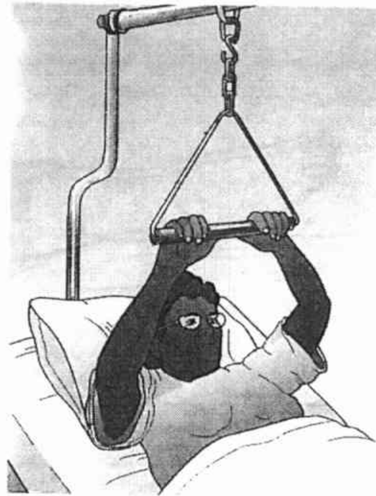
یکی از مهمترین نگرانی‌های پرستاران، ایمنی بیمار و پیشگیری از پایین افتادن وی از روی تخت است. استفاده از میله‌های کنار تخت به ایمنی بیمار هنگامی که وی درون تخت است کمک می‌نماید. این میله‌ها به بیماران در طول شب هنگامی که آنها بیدار شده و می‌خواهند از تخت خارج شوند یادآوری می‌کنند که در محیط معمول و همیشگی خود نیستند یا وسایل و تجهیزات پزشکی در محل وجود دارد. از طرفی میله‌های کنار تخت این امکان را به بیمار می‌دهندتا بدون کمک از یک طرف به طرف دیگر بچرخد یا بنشیند. علاوه بر این، میله‌های کنار تخت به بیمار در بازیابی قدرت و توان عضله کمک می‌نمایند. حین استفاده از میله‌های کنار تخت بایدتوضیح کافی در این رابطه به بیمار و خانوادهٔ وی داده شود و خط مشی‌های مرکز مراقبتی رعایت گردد. اگر بیمار برای افزایش ایمنی استفاده از میله‌های کنار تخت را درخواست نمود باید توانایی آن را داشته باشد که بطور مستقل این میله‌ها را بالا و پایین بیاورد. متأسفانه، میله‌های کنار تخت نمی‌توانند مانع خارج شدن برخی بیماران از تخت شوند. بسیار پیش آمده که بیماری از قسمت پایین تخت به زمین سر خورده است. میله‌های کنار تخت، بیمار را در معرض خطر آسیب‌دیدگی ناشی از گیر کردن مابین تخت و میله‌ها یا لابلای خود میله‌ها قرار می‌دهند. استفادهٔ ایمن از میله‌های کنار تخت در فصل ۲۶ مورد بحث قرار گرفته‌اند.

میلهٔ ذوزنقه‌ای:

میلهٔ ذوزنقه‌ای (شکل ۸ـ۳۹). دستگیرهٔ معلقی متصل به یک چارچوب است که نزدیک قسمت بالایی تخت قرار داده می‌شود. بیمار با گرفتن این میله توسط یک یا هر دو دست می‌تواند تنه خود را از تخت بلند نماید. میلهٔ ذوزنقه‌ای حرکت و چرخیدن را آسان نموده و جابجایی و خارج شدن از تخت را برای بیمار تسهیل می‌نماید. از این میله می‌توان جهت انجام تمرینات تقویت کنندهٔ بعضی عضلات اندام‌های انتهای فوقانی (دو سر بازو) استفاده کرد.

وسایل دیگر:

بزرگترین خطر زمانی پا را تهدید می‌کند که در حالت خمیده بوده و تکیه‌گاهی نداشته باشد. در این حالت انگشتان به طرف پایین و پاها به طرف کف پا خم می‌شوند. این وضعیت بطور طبیعی هنگام استراحت و به علت تأثیر نیروی جاذبه پدید می‌آید. چنانچه این وضع مدت زیادی ادامه یابد، خمیدگی کف پا باعث تغییر در طول عضله شده و عارضه‌ای به نام «افتادگی پا» را به وجود می‌آورد. در اینحالت، پا نمی‌تواند خود را در حالت عمود نگه دارد و راه رفتن روی پاشنه و انگشتان غیر ممکن می‌گردد و بیمار



شکل ۸ـ۳۹. وسیلهٔ ذوزنقه‌ای شکل این امکان را در اختیار بیمار قرار میدهد تا بدن خود را از تخت بلند کند، بدین ترتیب چرخیدن و بلند شدن از تخت برای وی تسهیل می‌گردد.

مشکلات زیادی در راه رفتن پیدا می‌کند. استفاده از یک تکیه گاه مثل تخته‌پایی، از این عارضه جلوگیری می‌کند. شکل ۹ـ۳۹ پا را در وضعیت افتادگی نشان می‌دهد که با پوشیدن کفش پارچه‌ای، پا در وضعیت خمیده به عقب نگهداشته می‌شود.

چنانچه لازم باشد ملافه روی اندام‌های انتهایی تحتانی بیمار قرار نگیرد از وسیله‌ای به نام کرادل استفاده می‌کنند. کرادل یک چارچوب فلزی است که روی تخت گذاشته می‌شود و علاوه بر ایجاد گرما، خلوت و حریم خصوصی وی را نیز حفظ می‌کند. کرادل‌ها از نظر شکل و اندازه متفاوتند. کرادل باید محکم روی تخت بسته شود تا روی بیمار نیفتد. کیسه‌های شن هم در صورتی که اندازه‌های مختلف داشته باشند بسیار ارزشمند هستند از این کیسه‌ها برای بی‌حرکت نگهداشتن اندام‌های انتهایی و حمایت از وضعیت قرارگیری بدن استفاده می‌شود. کیسه‌های شن اگر به نحو مناسب پر شوند، به اندازهٔ کافی قابل انعطاف خواهند بود که به شکل خطوط خارجی اندام‌های بدن در آمده و از آنها محافظت کنند. از کیسه‌های شن محکم و سفت نباید استفاده کرد. کیسهٔ شن را به گونه‌ای قرار دهید که بر روی برجستگی‌های استخوانی فشار ایجاد نکند.

برای محافظت از مفصل هیپ و جلوگیری از چرخش آن به طرف خارج، رول تروکانتر استفاده می‌شود اما بالش ممکن است از محل خود لیز خورده و جابجا شود، در این صورت لازم است مرتب بالش را در جای خود قرار داد.

در بیماران فلج یا بیهوش، انگشت شست اندکی از انگشتان دیگر دور شده و در مقابل آنها قرار می‌گیرد، در این بیماران برای حفظ وضعیت صحیح انگشت شست از آتل‌های مخصوص دست ـ مچ دست یا یک پارچهٔ لوله شده استفاده می‌کنند. وقتی پارچهٔ لوله شده در کف دست قرار داده شود به نحو مؤثری می‌تواند دست را در وضعیت عملی خود نگهدارد (شکل ۱۱ـ۳۹). از آتل‌های پلاستیکی و آلومینیومی تجارتی نیز بدون توجه به وضعیت دست می‌توان استفاده کرد تا انگشت شست در محل خود حفظ شود. بیمارانی که انگشتان خود را حرکت نمی‌دهند، باید به انجام ورزش انگشت تشویق شوند طوری که شست بتواند نوک هر انگشت را لمس کند.

کلسی لستر، دختر ۱۰ ساله‌ای را که بعد از حادثهٔ اسکی هوشیاری خود را از دست داده بود به خاطر دارید؟ پرستار باید کلسی را به دقت بررسی نموده و مشخص سازد چه وسیله‌ای برای وی مناسبتر است. برای کلسی، بالش جهت حفظ وضعیت بدن، تخت قابل تنظیم و احتمالاً یک تشک مخصوص برای پیشگیری از آسیب‌دیدگی پوست، همچنین میله‌های کنار تخت مناسب خواهند بود. علاوه بر این، در صورت بهبود وضعیت عصبی کلسی، استفاده از میلهٔ ذوزنقه‌ای نیز می‌تواند به حرکت وی کمک کند، علاوه بر این به او اجازه می‌دهد در مراقبتها مشارکت داشته باشد. اگر کلسی، بیهوش باقی بماند، پرستار باید از استفاده از وسایل دیگر مثل رول تروکانتر، تکیه‌گاه پا و آتل‌های مچ یا رول‌های دست را برای پیشگیری از عوارض پیش‌بینی نماید.

وضعیت‌های محافظت کننده

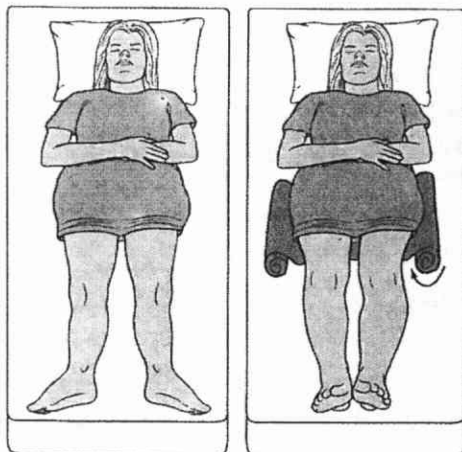
بیمارانی که عادت به زندگی پرتحرک دارند و تنها موقع خواب از تخت استفاده می‌کنند وقتی مجبور می‌شوند بنا به توصیه پزشک استراحت در بستر باشند از اهمیت وضعیت صحیح قرارگیری بدن و تغییر وضعیت بدن بطور منظم آگاهی ندارند. در صورت امکان پرستار باید موارد زیر را به بیمار و خانواده آموزش دهد:

- تکنیک‌های صحیح تغییر وضعیت بدن
- نیاز به تغییر مکرر وضعیت بدن، حداقل هر ۲ ساعت یکبار
- اهمیت استفادهٔ بهینه از زمان اختصاص داده شده به تغییر وضعیت بدن با انجام ورزش و بررسی نواحی تحت فشار (نواحی قرمز شده را نباید ماساژ داد).



شکل ۹ـ۳۹. (چپ): در صورت عدم وجود تکیه گاه خمیدگی پا ایجاد می‌شود، (راست): کفش پارچه‌ای پا را نگهداشته و خمیدگی پا به سمت عقب حفظ می‌شود.

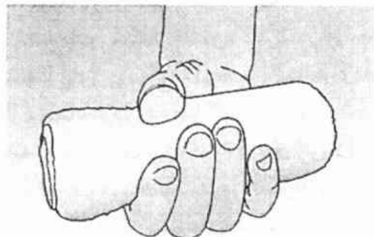
زمانی که بیمار قادر نیست به تنهایی وضعیت بدن خود را تغییر دهد، در آن صورت باید از یک برنامهٔ زمان‌بندی شده جهت تغییر وضعیت استفاده کنید و آن را به کنار تخت. بچسبانید تا پرستاران دیگر از نوبت چرخش آگاه شوند. جدول ۶ـ۳۹ اقدامات پرستاری در پیشگیری از عوارض مربوط به وضعیت‌های متداول بدنی بر روی تخت را شرح داده است.



شکل ۱۰ـ۳۹. رول تروکانتر از چرخش هیپ به طرف خارج در بیمار استراحت در بستر جلوگیری بعمل می‌آورد. بیمار روی ملافهٔ تا شده قرار می‌گیرد طوری که لبهٔ بالایی آن در قسمت مفصل هیپ و لبهٔ پایینی آن تا حدود $\frac{1}{3}$ پایین رانها ادامه یابد. در هر دو طرف باید یک حولهٔ تا شده قرار داد تا رول تروکانتر باز نشده و بدن بیمار محکم در جای خود باقی می‌ماند.

وضعیت فالر[1] یا نیمه نشسته

در وضعیت فالر یا نیمه نشسته، سر تخت ۴۵ تا ۶۰ درجه بالا قرار می‌گیرد. این وضعیت اغلب برای بهبود عملکرد قلب و تنفس استفاده می‌شود چون احشاء شکمی به طرف پایین قرار می‌گیرند. در نتیجه فضای قفسه سینه افزایش می‌یابد. این وضعیت جهت غذا خوردن، گفتگو، ملاقات و دفع ادراری و روده‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد. انواع وضعیت‌های فالر شامل high و low است: در وضعیت high سر تخت ۹۰ درجه بالا قرار داده می‌شود، روی میز جلو بیمار بالشی گذاشته می‌شود طوری که بیمار به طرف جلو آمده و با گذاشتن بازوها روی بالش استراحت می‌کند. در این حالت اتساع ریه‌ها به حداکثر می‌رسد. در وضعیت low (یا semifowler) سر تخت به اندازهٔ ۳۰ درجه بالا قرار داده



شکل ۱۱ـ۳۹. یک رول دست که باعث می‌شود دست در وضعیت عملی خود باقی بماند.

1- fowler's position

جدول ۶ـ۳۹. وضعیت‌های متداول بدنی بر روی تخت و اقدامات پرستاری محافظت کننده

وضعیت	عوارضی که باید از آنها پیشگیری کرد	اقدامات پیشگیری کنندهٔ پیشنهادی
وضعیت نیمه نشسته	ـ فلکسیون انقباضی گردن	ـ سر روی تشک قرار داده شود یا فقط روی بالش کوچک قرار گیرد.
	ـ افزایش انحنای ستون فقرات	ـ پشت بیمار به سطح محکم و سفتی تکیه داده شود. بیمار به گونه‌ای در تخت قرار گیرد که زاویهٔ بالا رفتن تخت از هیپ آغاز شود.
	ـ در رفتگی شانه	ـ ساعد روی بالش تکیه داده شده و طوری بالا نگه داشته شود که باعث کشیدگی شانه نگردد.
	ـ فلکسیون انقباضی مچ دست	ـ دست طوری روی بالش قرار گیرد که وضعیت طبیعی خود را با ساعد حفظ نماید.
	ـ ادم دستها	ـ دست طوری قرار گیرد که نسبت به آرنج کمی بالاتر باشد.
	ـ فلکسیون انقباضی انگشتان و دور شدن انگشت شست	ـ در صورت لزوم از آتل مچ دست استفاده شود.
	ـ صدمه به جریان خون اندام انتهایی تحتانی، انقباض مرضی زانو، فشار روی پاشنه‌ها	ـ زانوان زمان کوتاهی بالا نگهداشته شوند یک یا دو بالش از زیر زانو تا مچ پا گذاشته شود، از فشار بر عروق پوپلیتال اجتناب گردد.
	ـ چرخش مفصل هیپ به طرف خارج	ـ استفاده از رول تروکانتر
	ـ افتادگی پا	ـ از تخته پایی یا کفش ساق‌دار نیز می‌توان استفاده کرد.
وضعیت طاقباز توام با محافظت	ـ انحنای شدید ستون فقرات و خم شدن مفصل هیپ	ـ از تشک سفت و محکم و در صورت لزوم از تختهٔ مخصوص تخت استفاده شود.
	ـ فلکسیون انقباضی گردن	ـ بالشهایی زیر قسمت بالایی شانه، گردن و سر گذاشته شود تا سر و گردن در وضعیت صحیح قرار گیرند.
	ـ چرخش شانه‌ها به طرف داخل و کشیده شدن آرنج‌ها (خم شدن شانه‌ها)	ـ بالش زیر ساعد گذاشته شود طوری که بازوها در کنار بدن باشند و ساعدها کمی به داخل بچرخند.
	ـ فلکسیون انحنای کمر	ـ حولهٔ لوله شده یا بالش کوچک زیر انحنای کمر قرار گیرد.
	ـ باز شدن انگشتان و دور شدن انگشت شست از آنها (دست چنگکی)	ـ در صورت امکان از آتلهای مچ دست استفاده شود.
	ـ چرخش رو به خارج ران	ـ از کیسهٔ شن یا رول تروکانتر در کنار مفصل هیپ و نیمهٔ بالایی رانها استفاده شود.
	ـ کشیدگی بیش از حد زانوها	ـ یک بالش زیر قسمت پایین پا (از زیر زانو تا مچ پا) قرار داده شود.
	ـ افتادگی پا	ـ از تختهٔ پایی یا کفش‌های ساق‌دار برای حفظ خمیدگی رو به عقب پا استفاده شود.
وضعیت خوابیده به پهلو	ـ خم شدن یکطرفهٔ گردن	ـ یک بالش زیر سر و گردن گذاشته شود.
	ـ چرخش بازو به طرف داخل و اختلال در تنفس کشیدن	ـ یک بالش زیر دستی که در بالا واقع است قرار داده شود، دستی که پایین است باید خم شده و در وضعیت راحتی قرار گیرد.
	ـ کشیده شدن انگشتان و دور شدن انگشت شست	ـ در صورت ضرورت از آتل دست استفاده شود.
	ـ چرخش ران به طرف داخل و نزدیک بدن	ـ از یک یا دو بالش جهت تکیهٔ پا (از کشاله ران تا پایین پا) استفاده شود
	ـ پیچ خوردگی ستون فقرات	ـ اطمینان حاصل کنید که شانه‌ها با مفاصل هیپ در یک امتداد هستند.
وضعیت نیمه دمر	ـ خم شدن یکطرفهٔ گردن	ـ یک بالش کوچک زیر سر گذاشته شود. به جز مواردی که لازم است ترشحات دهان خارج شود.
	ـ آسیب‌دیدگی عروق خونی و اعصاب زیر بغل دستی که در زیر قرار دارد.	ـ به دقت دست مورد نظر را باید در قسمت عقب و دور از پشت بیمار قرار داد.
	ـ چرخش شانه به طرف داخل و نزدیک شدن آن به بدن	ـ شانه‌ای که در بالاست اندکی از بدن دور شود طوری که شانه و آرنج حالتی خمیده پیدا کند. بالشی بین سینه و دستی که در بالاست قرار گیرد.
	ـ چرخش مفصل هیپ بطرف داخل و نزدیک شدن آن به بدن، لوردوز کمر	ـ بالشی زیر پای خمیده که رو به بالاست قرار داده شود طوری که از کشالهٔ ران تا انگشتان ادامه یابد.
	ـ پیچ خوردگی ستون فقرات	ـ اطمینان یابید شانه‌ها و مفاصل هیپ در امتداد هم نیستند.
	ـ افتادگی پا	ـ با کیسهٔ شن پایین پا در وضعیت خمیدهٔ رو به عقب قرار گیرد.
وضعیت دمر توام با محافظت	ـ فلکسیون یا خمیدگی ستون فقرات گردنی	ـ یک بالش کوچک زیر سر قرار گیرد.
	ـ کشیدگی بیش از حد ستون فقرات، اختلال در تنفس	ـ یک بالش زیر بیمار بین انتهای دنده و بالای شکم جهت تسهیل در تنفس گذاشته شود.
	ـ افتادگی پا	ـ بیمار طوری روی تخت قرار گیرد که پاها روی تشک باشند یا بوسیله بالش بزرگی از تماس انگشتان پا با تخت جلوگیری شود.

می‌شود. در وضعیت فالر، باسن وزن اصلی بدن را تحمل می‌کند. پوست نواحی دیگر مثل پاشنهٔ پا، استخوان خاجی و کتف باید بررسی گردد چون در معرض خطر آسیب‌دیدگی پوست قرار دارند. دادن وضعیت صحیح و تدابیر پرستاری جهت پیشگیری از عوارض ناشی از وضعیت فالر، در جدول ۶-۳۹ مطرح گردیده‌اند.

وضعیت طاقباز یا دورسال ریکامبنت[1]:

در وضعیت طاقباز، بیمار کاملاً صاف به پشت دراز می‌کشد و در صورت عدم ممنوعیت (مثلاً در موارد بی حسی نخاعی یا جراحی ستون مهره‌ها) بالش زیر سر و شانه‌های وی قرار داده می‌شود تا کمی بالا قرار گیرند. نحوهٔ صحیح قرار گرفتن در وضعیت طاقباز در جدول ۶-۳۹ نشان داده شده است.

وضعیت خوابیده به پهلو:

در وضعیت پهلو، بیمار رو به پهلو دراز می‌کشد و سنگینی بدن بوسیلهٔ قسمت کناری ـ تحتانی کتف و کناری ـ تحتانی ایلیوم تحمل می‌گردد. از آنجا که اکثر افراد به طور معمول در این وضعیت به خواب می‌روند، لذا در بیماران استراحت در بستر می‌توان از این وضعیت به جای طاقباز استفاده کرد. در وضعیت پهلو، فشار روی شانه، استخوان خاجی و پاشنهٔ پا کاهش می‌یابد و باعث می‌گردد پاو ساق پا به راحتی خم شوند. برای ایجاد وضعیت صحیح بهتر است از بالش استفاده گردد (به جدول ۶-۳۹ رجوع کنید). وضعیت دیگری که می‌توان از آن به جای وضعیت خوابیده به پهلو استفاده کرد وضعیت مایل است. در این وضعیت فشار وارد بر تروکانتر بطور قابل ملاحظه‌ای کاهش پیدا می‌کند. برای قرار گرفتن در وضعیت مایل، بیمار بطرف پهلو می‌چرخد طوری که مفصل هیپ پایی که در بالاست به اندازهٔ ۳۰ درجه و زانو به اندازهٔ ۳۵ درجه خم شود. ساق پایی که در بالاست نیز اندکی پشت خط میانی بدن قرار می‌گیرد. بالش‌هایی برای حمایت از پشت و ساق پای بالایی در محل گذاشته می‌شوند (شکل ۱۲-۳۹). یکی دیگر از انواع وضعیت‌های خوابیده به پهلو وضعیت نیمه دمر است. در این وضعیت بیمار رو به پهلو می‌خوابد اما دستی که رو به بالاست در ناحیهٔ شانه و آرنج خم شده و دست پایینی در پشت بیمار واقع می‌گردد. در این وضعیت وزن بدن توسط قسمت قدامی استخوان بازو، ترقوه و ایلیوم تحمل می‌شود. بنابراین‌نقاط فشار اصلی بادیگر وضعیت‌های خوابیده به پهلو متفاوتند (به جدول ۶-۳۹ رجوع کنید).

وضعیت دمر:

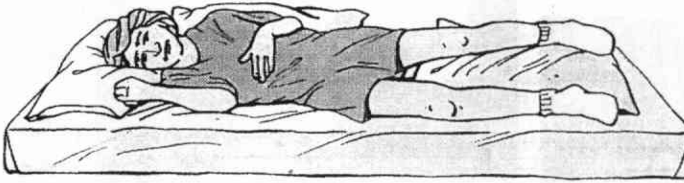
در وضعیت دمر، فرد روی شکم خوابیده و سر وی به یک طرف قرار می‌گیرد. در وضعیت دمر بدن کاملاً صاف است چون شانه‌ها، سر و گردن راست هستندو بازوها به آسانی در امتداد کمربند شانه قرار می‌گیرند. مفاصل هیپ نیز در حالت کشیده قرار داشته و از خمیدگی یا کشیدگی بیش از حد زانو نیز جلوگیری می‌گردد. بیماران استراحت در بستری، بصورت دوره‌ای از این وضعیت استفاده می‌کنند چون وضعیت دمر به پیشگیری از فلکسیون انقباضی مفصل هیپ و زانوها کمک می‌کند. هرچند نیروی کششی جاذبه بر روی تنه وقتی بیمار در وضعیت دمر است می‌تواند باعث لوردوز یا انحنای رو به جلوی ستون فقرات کمری شود. به همین دلیل این وضعیت برای افراد دارای مشکلات ستون فقرات ممنوع است. علاوه بر این، نیروی کششی جاذبه بر روی پاها نیز ممکن است باعث خمیدگی کف پا شود مگر آنکه پاها به دقت در وضعیت صحیح قرار گیرد (به جدول ۶-۳۹ رجوع کنید). برای قرار دادن بیمار در وضعیت دمر، پرستارو فرد کمک کننده به وی باید حتی‌الامکان بیمار را از قسمت پهلو حرکت دهند و صورت او را نیز به همان طرف بچرخانند طوری که صورت نزدیک لبهٔ تخت قرار گیردوقتی بیمار به نحوی مطمئن در این وضعیت قرار گرفت، می‌توان در طول تنه و اندامهای انتهایی فوقانی و تحتانی بالش قرار داد تا از بیمار بهتر محافظت شود. هر بار که بیمار به ارامی صورت خود را می‌چرخاند باید برای حفظ تکیه‌گاه و آسایش وی بالشها را دوباره در جای خود قرار داد.

چرخاندن بیمار در تخت

اغلب اوقات، بیمار به تنهایی و بدون کمک نمی‌تواندر تخت بچرخد، در اینگونه موارد پرستاران باید با استفاده از دانش خود در زمینهٔ مکانیک بدن وضعیت قرارگیری صحیح بدن، بیمار را از پشت به پهلو، از پشت به شکم و از شکم به پشت بچرخانند. تکنیک صحیح چرخاندن بیمار در روش ۱-۳۹ نشان داده شده است. کسب مهارت در تکنیک چرخاندن بیمار به پرستاران کمک می‌کند تا برنامهٔ چرخاندن بیماران فاقد تحرک را هر ۲ ساعت یکبار اجرا نمایند.

ژنویوآگوستوس، زن سالخورده‌ای که مراقبت از همسرش را در خانه بر عهده داشت و کلسی لستر، دختر ۱۰ سالهٔ دچارکما را در نظر بگیرید. برای به حداقل رساندن فشار وارد بر پاها و پشت خانم آگوستوس، آموزش نحوهٔ صحیح چرخاندن بدن همسرش بر روی تخت، همچنین کمک به وی در انجام این عمل مهم و ضروری خواهد بود. برای جلوگیری از آسیب‌دیدگی پوست بدن کلسی نیز باید هر ۲ ساعت یکبار بدن او را در تخت چرخاند.

1- dorsal recumbent



شکل ۱۲ـ۳۹. وضعیت تعدیل شدهٔ خوابیده به پهلو (یا وضعیت مایل). این وضعیت فشار کمتری بر ناحیهٔ تروکانتر وارد می‌کند.

کمک به ورزشهای دامنهٔ حرکتی

دامنهٔ حرکتی، محدودهٔ کامل حرکت یک مفصل بطور طبیعی است. انجام وظایف معمول زندگی مثل استحمام، خوردن غذا، پوشیدن لباس و نوشتن باعث می‌شود تا گروهی از عضلات مؤثر بر دامنهٔ حرکتی مفاصل به کار گرفته شوند. هرگاه انجام برخی از فعالیت‌های زندگی روزانه یا تمامی آنها برای فرد غیر ممکن شود، در آن صورت باید به مفاصلی که استفاده نمی‌شوند یا مفاصلی که حرکت در آنها محدود گردیده توجه خاص مبذول داشت. در صورت عدم ممنوعیت باید بیمار را به انجام منظم ورزشهای فعال، فعال توام با کمک و غیر فعال دامنهٔ حرکتی تشویق نمود و این ورزشها را در طرح مراقبتی بیمار گنجاند در ورزشهای فعال، بیمار بدون کمک، مفاصل را در دامنهٔ حرکتی کامل به حرکت در می‌آورد (ورزش ایزوتونیک) در ورزشهای فعال توام با کمک، پرستار بیمار را در حرکت اندام اندکی یاری می‌نماید و بالاخره در ورزشهای غیر فعال بیمار به تنهایی قادر به حرکت اندام نیست و پرستار باید هر مفصل را در محدودهٔ حرکتی خاص خود به حرکت درآورد. هر دو نوع ورزش فعال و غیر فعال حرکت مفصل را بهبود بخشیده و جریان خون ناحیه را افزایش می‌دهند، اما تنها ورزش‌های فعال هستند که می‌توانند باعث تقویت توده، تون و قدرت عضلات و بهبود عملکردهای قلبی و تنفسی شوند. بنابراین، تا جایی که شرایط فیزیکی بیمار اجازه می‌دهد باید از ورزشهای فعال استفاده کرد. آموزش ورزشهای ایزومتریک به بیماران جهت افزایش توده، تون و قدرت عضلات نیز می‌تواند سودمند باشد. در طرح مراقبت پرستاری باید ورزشهای دامنهٔ حرکتی را گنجاند و نوع ورزش مورد نظر همچنین چگونگی و زمان انجام آن را قید کرد تا تمامی افراد مراقبت کننده از بیمار از همان روتین استفاده کنند. در برخی مؤسسات، پرستاران جهت برنامه‌ریزی و اجرای ورزشها با فیزیوتراپ همکاری نزدیکی دارند. در زیر برای کمک به حرکت صحیح مفصل در دامنهٔ حرکتی دستورالعمل‌های اصلی ارائه گردیده است:

- به بیمار نوع ورزشی که باید انجام گیرد، نحوهٔ اجرا و علت انجام آن را آموزش دهید تکنیک «گفتن و نشان دادن» اغلب مفید واقع می‌گردد.
- از ورزشهایی که ایجاد خستگی زیاد می‌کنند می‌کنند خودداری نمایید. برخی ورزشها باید به تعویق بیفتد تا زمانی که وضعیت بیمار مساعد شود.
- از کشیدگی زیاد گردن خودداری نموده و سعی نکنید در سالمندان تمامی مفاصل را در دامنهٔ حرکتی کامل به حرکت در آورید چون باعث ایجاد درد می‌شود. برای مفاصلی که برای انجام فعالیت‌های زندگی روزانه ضروری هستند، دامنهٔ حرکتی باید کافی باشد.
- به تدریج ورزش را شروع کرده و به آرامی کار کنید. همه حرکات باید نرم و ریتمیک باشند. حرکات نامنظم و پُر تکان باعث ناراحتی بیماران می‌شوند.
- هر مفصل را تا حد رسیدن به مقاومت حرکت دهید طوری که باعث درد نشود. واکنش‌های نامطلوب را باید گزارش داد و ورزش را تا دریافت دستورالعمل‌های بعدی متوقف نمود.
- حین ورزش مفاصل، از انواع مختلف اقدامات حمایتی به شرح زیر استفاده کنید تا از پیچ خوردگی عضله یا آسیب‌دیدگی بیمار جلوگیری به عمل آید (شکل ۱۳ـ۳۹).

ـ دست خود را به شکل فنجان درآورده و جهت حفظ و نگهداشتن مفصل زیر آن قرار دهید (مثلاً برای مفصل زیر آرنج).

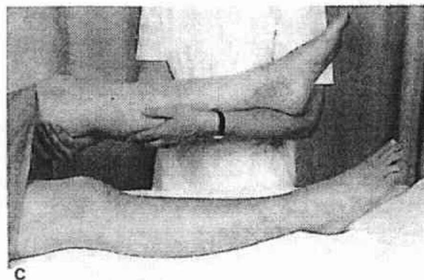
ـ مفصل را با یک دست نگهداشته و در همان حال قسمت و دیستال اندام انتهایی را بر روی دست دیگر تکیه دهید (مثلاً زانو یا آرنج را با یک دست نگهداشته و ساق پا یا ساعد را روی دست دیگر تکیه دهید).

ـ با نگهداشتن هر دو قسمت پروگزیمال و دیستال عضله در دست، از مفصل حمایت بعمل آورید (این عمل در صورت درد مفصل ضرورت می‌یابد)، در دست گرفتن دستجات عضلانی یا تاندونهای اصلی احتمالاً به بافت‌ها آسیب وارد خواهد کرد. با اتمام ورزش، مفصل را به وضعیت طبیعی خود بازگردانید طوری که به راست یا چپ متمایل نشود.

- هنگام حرکت دادن اندامهای انتهایی، جهت جلوگیری از آسیب‌دیدگی پوست، اصطکاک را به حداقل برسانید.







شکل ۱۳ـ۳۹. اقدامات حمایتی جهت پیشگیری از کشیدگی عضله یا آسیب‌دیدگی بیمار حین انجام ورزشهای دامنهٔ حرکتی مفاصل. الف) دست را به شکل فنجان درآورده و زیر مفصل مورد نظر قرار دهید. ب) قسمت پروگزیمال و دیستال نواحی مجاور مفصل را با دست بگیرید تا از مفصل حمایت بعمل آید. ج) قسمت دیستال اندام انتهایی تحتانی را روی دست تکیه دهید.

- ورزش‌های دامنهٔ حرکتی باید دو مرتبه در روز انجام گیرند، جهت افزایش توانایی و قدرت عضله و مفصل، انجام منظم ورزش‌ها ضروری است. هر ورزش را باید دو تا ۵ مرتبه انجام داد. بسیاری از ورزشها می‌توانند هنگام استحمام بیمار انجام گیرند. بیمار را به انجام وظایف روزانه نظیر خوردن غذا، پوشیدن لباس، استحمام و نوشتن تشویق کنید چون تمامی آنها به حرکت مفاصل در دامنهٔ حرکتی شان کمک می‌کنند.
- انتظار بر این است که در طول ورزش سرعت تنفس و ضربان‌های قلب بالا رود، این واکنش مطلوب در نظر گرفته شده و ظرف مدت ۳ دقیقه به حالت اول باز می‌گردد. در صورت عدم بازگشت سرعت تنفس و ضربانهای قلب به حالت اولیه ورزش احتمالاً برای بیمار بیش از حد سنگین بوده است.
- در صورت ضرورت از ورزشهای غیر فعال استفاده کنید، بیمار را تشویق نمایید به انجام ورزشهای فعال بپردازد. البته در صورتی که قادر به انجام آنها به طور مستقل باشد. در مواقع ضروری باید ورزش را پس از ترخیص از بیمارستان در خانه ادامه داد.

به وضعیت مگی و یات بازگردیم، زنی که پس از درمان شکستگی از بیمارستان مرخص شده بود. جهت حفظ عملکردهای مفصل، انجام ورزشهای دامنهٔ حرکتی برای مگی ضروری خواهد بود. اگرچه فیزیوتراپ احتمالاً برنامهٔ ورزشی لازم را برای وی تدوین نمود. اما پرستار نیز باید قبل از ترخیص مگی به دستورالعمل‌های داده شده تأکید ورزد. علاوه بر آن نحوهٔ انجام ورزشهای فعال دامنهٔ حرکتی را توسط بیمار مشاهده کرده و تا زمان انتقال وی به خانه در انجام ورزشهای غیر فعال او را یاری نماید.

هدف از انجام ورزش‌های دامنهٔ حرکتی، حفظ بهترین وضعیت فیزیکی ممکن برای بیماری که در حال استراحت در بستر می‌باشد. هرگاه ورزشهای دامنهٔ حرکتی جزو اقدامات روتین در نظر گرفته نشود، باید با پزشک بیمار مشاوره نمود.

جابجایی و بلند کردن بیمار

اغلب اوقات به بیماران ضعیف یا بیمارانی که قادر به حرکت و جابجایی خود نیستند باید کمک کرد تا حرکت کرده و جابجا شوند. حین حرکت و جابجایی بیمار باید وضعیت بدنی صحیح وی حفظ گردد و از او در برابر آسیب‌دیدگی محافظت بعمل آید. حین

جابجایی و بلند کردن بیمار از روی تخت دستورالعمل‌های توصیه شدهٔ زیر را به کار گیرید:

- از تشخیص پزشکی بیمار، توانایی‌های وی و حرکات غیر مجاز تعیین شده اطلاع حاصل نمایید. قبل از کمک به بیمار جهت خارج شدن از تخت، بریس یا دیگر وسایل کمکی مورد استفادهٔ وی را در دسترس قرار دهید.
- آنچه را قبل از بلند کردن و حرکت بیمار باید انجام دهید بدقت برنامه‌ریزی کنید. در صورت عدم برنامه‌ریزی مناسب ممکن است به خود یا بیمار آسیب برسانید. هنگام نیاز، از پرستار دیگری کمک بگیرید. این کار فشار وارد بر نفرات درگیر را کاهش می‌دهد. ● آنچه قصد انجامش را دارید برای بیمار توضیح دهید. سپس توانایی‌های بیمار را در کمک به خود مشخص سازید. این روش اغلب نیرو و تلاش مورد نیاز را کاهش داده و احتمال آسیب‌دیدگی شما را کم می‌کند.
- چنانچه بیمار درد دارد، داروهای مسکن تجویز شده را قبل از نقل و انتقال وی مورد استفاده قرار دهید تا بیمار به راحتی بتواند در جابجایی و حرکت با شما مشارکت نماید.
- هر گونه مانعی که بر حرکت دادن و بلند کردن بیمار تأثیر می‌گذارد را از میان بردارید.
- تخت را در صورت ضرورت بالا ببرید، طوری که بتوانید در ارتفاعی مناسب و ایمن کار کنید.
- چرخهای تخت، صندلی چرخدار و برانکارد را قفل کنید تا حین انتقال و جابجایی بیمار به حرکت در نیایند.
- حین کار، جهت جلوگیری از آسیب‌دیدگی خود، اصول مکانیک بدن را رعایت نمایید.
- زمانی که بیمار را حرکت داده یا بلند می‌کنید، از قرارگیری بدن او در وضعیت مناسب اطمینان حاصل نمایید تا بدین ترتیب از کشیدگی و آسیب‌دیدگی عضلات جلوگیری بعمل آید.
- بدن بیمار را به خوبی محافظت کنید. عضلات اندامهای انتهایی را در دست نگیرید.
- در طی حرکت بیمار، مانع ایجاد اصطکاک روی پوست بیمار شوید. پاشیدن پودر روی پوست و چین‌های پوستی از شدت اصطکاک می‌کاهد.
- بدن خود و بیمار را آرام و ریتمیک حرکت دهید. حرکات نامنظم باعث فشار مضاعف بر روی عضلات و مفاصل شده و برای بیمار ایجاد ناراحتی می‌کنند.
- در صورت دسترسی، از وسایل مکانیکی مثل بالابرها، تخته‌های گردان، صندلی‌های انتقال دهنده یا کمربندهای مخصوص راه رفتن برای بیمار استفاده کنید. از نحوهٔ صحیح عملکرد وسیله آگاهی یافته و اطمینان حاصل کنید که بیمار از آنچه قرار است اتفاق افتد به خوبی اطلاع دارد. بیمارانی که از اطلاعات کافی برخوردار نیستند یا می‌ترسند، قادر به همکاری نبوده و ممکن است دچار آسیب‌دیدگی شوند.
- در مورد اینکه چقدر می‌توانید بدون آسیب‌دیدگی به انجام وظیفه بپردازید واقع بین باشید. دو فرد کوچک اندام چنانچه فرد چاقی را جابجا نمایند دچار صدمه و کشش عضلانی خواهند شد.

ژنویوآگوستوس را در نظر بگیرید، زنی که از همسرش در خانه مراقبت می‌کرد. پرستار هنگامی که به عنوان الگوی ایفای نقش به انجام تکنیک‌های صحیح جابجایی و بلند کردن آقای آگوستوس می‌پردازد، باید این دستورالعمل‌ها را رعایت کند. بعلاوه پرستار باید در برنامهٔ آموزشی خانم آگوستوس نیز دستورالعمل‌های مذکور را بگنجاند تا از ایمنی تمام افراد درگیر در جابجایی و بلند کردن آقای آگوستوس اطمینان یابد.

پیشگیری از صدمات پشت

صدمات پشت و کمر یکی از عوامل مؤثر بازنشستگی پرستاران و رها کردن کار پرستاری از طرف آنهاست. ۴۷٪ پرستاران در ایالات متحده آسیب‌دیدگی پشت را در خودگزارش نموده‌اند (نلسون و فراگالا ۲۰۰۳). پرستاران ممکن است در اثر عدم رعایت مکانیک بدن و یا گرفتن بیماری که در حال زمین افتادن است دچار صدمات پشت شوند. بسیاری از پرستاران وجود مشکلات کمتر در ارتباط با شغل و حرفه پرستاری را در خود گزارش می‌نمایند و درد پشت را به عنوان یکی از پیامدهای روتین شغلی می‌پذیرند در حالی که اینطور نباید باشد. عوامل گوناگونی که می‌توانند منجر به درد یا آسیب‌دیدگی پشت در میان مراقبین بهداشتی شوند عبارتند از:

- عدم هماهنگی در بلند کردن بیماران
- تفاوت میان قد و وزن افراد بلند کننده
- بلند کرهن بیمار در هنگام خستگی
- بلند کردن بیمار پس از گذشت مدت کمی از بهبودی آسیب‌دیدگی پشت.
- عدم دریافت تعالیم و آموزشهای لازم در مورد مکانیک صحیح بدن
- ایستادن برای دوره‌های زمانی طولانی
- انتقال بیماران از تخت به برانکارد، صندلی چرخدار و تخت جراحی

تحقیقات اخیر انجام شده در مراکز پزشکی ارتش نشان می‌دهند که استفادهٔ مستمر از پروتکل‌های استاندارد و وسایل بالابرندهٔ مکانیکی می‌تواند در کاهش خطر آسیب‌دیدگی پشت مراقبین بهداشتی بسیار موثرتر از استفادهٔ تنها از مکانیک صحیح بدن واقع شود (نلسون، فراگالا و همکاران ۲۰۰۳ و نلسون، اون و همکاران ۲۰۰۳). حتی مراقبتهای روتین تکراری مثل تعویض ملافه‌های تخت و استحمام بیماران نیز با احتمال آسیب‌دیدگی پشت همراه هستند. اقدامات پیشگیری باید بر بررسی دقیق محیط مراقبتی بیمار معطوف گردند طوری که بتوان بیمار را به شکلی بی خطر و مؤثر جابجا نمود. بر مبنای تجارب بدست آمده از برخی بیمارستانهای انگلستان، تعدادی از بیمارستانهای ایالات متحده نیز به اجرای خط مشی «ممنوعیت بلند کردن بیمار» پرداختند. مشخص شد بدون خرید کافی وسایل بالا برنده ضروری، همکاری کارکنان و مهندسی دوبارهٔ محیط، خط مشی‌های ممنوعیت بلند کردن بیمار غیر مؤثر و غیر قابل اجرا خواهند بود. همچنین شواهدی بدست نیامد که نشان دهد استفاده از کمربندهای محافظت پشت می‌توانند از پرستاران در برابر صدمات پشت حمایت بعمل آورند. در برخی مؤسسات، کارکنان تعلیم دیدهٔ ویژه‌ای وجود دارند که وظیفهٔ آنها کمک به پرستاران جهت بررسی بیماران و به کارگیری پروتکل‌های مرحله به مرحله جهت پیشگیری از آسیب‌دیدگی می‌باشد (شکل ۱۴ـ۳۹). در برنامه‌های پیشگیری از آسیب‌دیدگی باید تکنیک‌های پیشگیری از فشار وارد بر کمر را نیز گنجاند.

کودکان و بزرگسالانی که کم وزن هستند و می‌توانند به جابجایی خود کمک کنندهٔ نسبتاً آسان و بدون کمک فرد دوم به بالای تخت انتقال می‌یابند. بیمار یا با فشار دادن پاهای خود بر روی تخت و یا با استفاده از میلهٔ ذوزنقه‌ای بالای تخت می‌تواند به حرکت و جابجایی خود کمک کند. تکنیک مورد استفاده جهت بالا بردن بیمار بر روی تخت، در حالی که بیمار قادر به کمک بوده و ۲ پرستار جهت جابجایی حضور دارند در روش ۳ـ۲۹ نشان داده شده است.

انتقال بیمار از تخت به برانکارد

هنگام انتقال بیمار از تخت به برانکارد و برعکس، جهت جلوگیری از آسیب‌دیدگی بیمار و پرستار باید بسیار دقت نمود. چنانچه بیمار بیهوش یا بسیار ضعیف باشد، برای نگهداشتن سر و اندام‌های انتهایی وی به تعداد بیشتری پرستار نیاز خواهد بود. در بیماران چاق، وجود یک تختهٔ انتقال دهنده به سهولت جابجایی و حفظ وضعیت صحیح بدن کمک می‌کند. زمانی که بیمار را از برانکارد به تخت برمی گردانید باید همان روش‌ها را بکار گیرید. برای جابجایی، ابتدا بیمار را از برانکارد به لبهٔ تخت گذاشته سپس در حالی که یک نفر کنار بیمار ایستاده تا از افتادن وی جلوگیری نماید، دو نفر دیگر در دوطرف مقابل تخت قرار گرفته و دستهای خود را زیر بیمار قرار میدهند. در این حالت نفر سوم به آنها ملحق شده و در گذاشتن بیمار در وسط تخت کمک می‌کند.

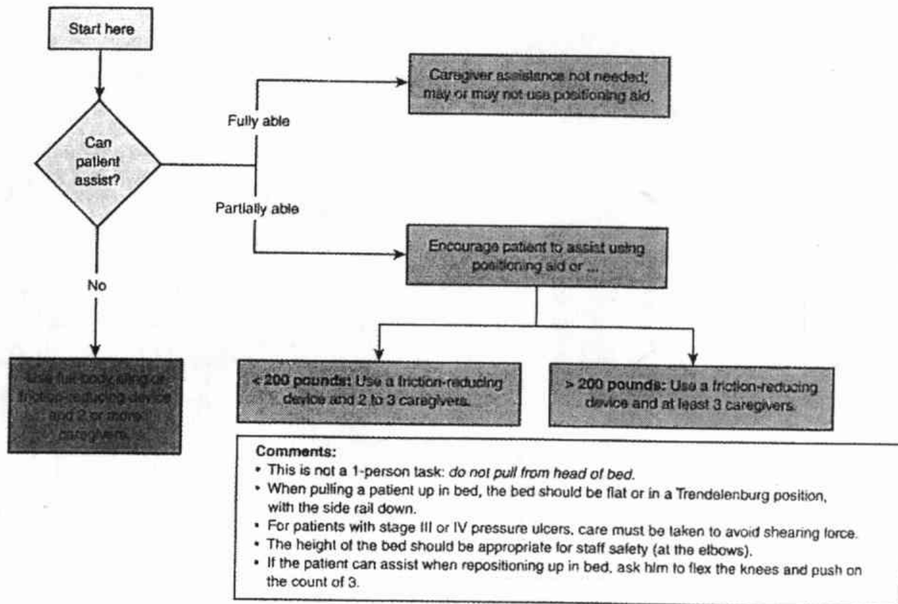
در موقعیت‌های اورژانس باید بیماران را ابتدا بلند کرد سپس جابجا نمود. در این حالت به وجود ۳ نفر نیاز می‌باشد. اگر این جابجایی صحیح صورت گیرد، بیمار احساس امنیت نموده و افراد جابجا کنندهٔ وی نیز دچار احساس ناراحتی و کشش عضلات نخواهند شد. بیماران چاق یا دارای گچ که دارای مشکلات خاص می‌باشند، برای جابجایی به فرد دیگری هم نیاز دارند تا به نگهداری قسمت‌های سنگین‌تر بدن کمک کند. افراد انتقال دهنده باید با زمان خود را حین حمل بیمار باز کنند تا از نواحی سنگین بدن به خوبی حمایت شود.

انتقال بیمار از تخت به صندلی چرخدار

یکی از مسائل مهم در رابطه با جابجایی و خارج کردن بیمار از تخت، حفظ ایمنی و آسایش و راحتی وی است. بهتر است در ابتدا علایم حیاتی بیمار کنترل گردد تا به عنوان مبنایی برای مقایسه علائم حیاتی پس از انتقال مورد استفاده قرار گیرد. انتخاب پرستار نیز از جمله موارد مهم نقل و انتقال بیمار است چرا که وی نیز باید برای جابجایی بیمار و قراردادن وی بر روی صندلی آمادگی پیدا کند. لباس بیمار نیز باید مناسب باشد بطوری که علاوه بر تأمین گرما، مانع حرکت وی نشود و از شرم و ناراحتی وی جلوگیری بعمل آورد.

انتقال بیمار ممکن است تنها توسط یک نفر انجام گیرد. گرچه با دو نفر این کار آسانتر و ایمن‌تر انجام خواهد گرفت. روش انتقال یکنفره برای موارد اورژانس و پرستارانی که در خانه از بیمار مراقبت می‌کنند با ارزش است. اگر صندلی و تخت ارتفاع یکسانی نداشته باشند بهتر است از دو نفر جهت انتقال بیمار استفاده نمود. بعلاوه در مواردی که بیمار وابسته است و به کمک کامل نیاز دارد نیز حضور دو پرستار برای جابجایی وی ضروری خواهد بود.

مگی ویات، زنی که با وجود وسیله تثبیت کننده در محل از بیمارستان مرخص شده بود را به خاطر می‌آورید؟ پرستار هنگام بررسی موقعیت باید تعیین نماید مگی تا چه حد قادر به کمک در جابجایی خود می‌باشد. سپس مشخص سازد برای کمک به جابجایی مگی و وجود شخص دیگری لازم است یا خیر. در صورت سنگینی و دست و پا گیر بودن وسیله، پرستار به احتمال زیاد وجود ۲ نفر را برای جابجایی بیمار مشخص خواهد ساخت.



شکل ۱۴ـ۳۹. الگوریتم یا روش مرحله به مرحلهٔ تغییر وضعیت بیمار در روی تخت با استفاده از تکنیک ایمن و بی‌خطر

چرخاندن بیمار

زمانی که بیمار دچار آسیب‌دیدگی نخاعی است یا دوران بهبودی پس از عمل جراحی گردن، پشت و ستون فقرات را سپری می‌کند، هنگام چرخاندن وی باید بدن را در وضعیت ثابت و کاملاً صاف حفظ نمود. برای چرخاندن یکبارهٔ تمامی بدن بیمار به شکلی ایمن و بی خطر به دو یا سه پرستار نیاز می‌باشد. برای استفاده از روش مذکور باید دستورالعمل‌های زیر را به کار گرفت:

- در صورت امکان از ملافهٔ روی تشک استفاده کنید تا حرکت بیمار تسهیل شده و آرام و نرم انجام گیرد.
- در طی انتقال دستهای بیمار باید روی سینه قرار گیرد.
- بین زانوان یک بالش قرار دهید.
- دو پرستار باید در سمتی که قرار است بیمار به آنجا چرخانده شود بایستند. نفر سوم در طرف دیگر تخت می‌ایستد.
- ملافهٔ روی تشک را به طرف بیمار لوله کرده و به دقت تمام بدن وی را به طرف دو پرستار طرف مقابل بچرخانید.
- سپس از یکی از افراد کمک کننده بخواهید به سمت دیگر تخت بیاید.
- ملافهٔ لوله شده را سفت و کشیده در جای خود نگه دارید تا بدن به آن تکیه کند سپس بدن بیمار را یکباره به طرف دو پرستار دیگر بچرخانید. هر فرد طبق یک علامت از پیش تعیین شده باید حرکت کند.
- از بالش استفاده نمایید تا بدن بیمار در یک طرف به آن تکیه کرده و کاملاً صاف قرار گیرد.
- میله‌های کنار تخت را بالا ببرید، ارتفاع تخت را پایین آورید و زنگ اخبار را در دسترس بیمار قرار دهید.

استفاده از بالابرهای هیدرولیک

استفاده از وسایل بالابر هیدرولیکی مثل بالابر Hoyer، به انتقال ایمن و بی خطر بیماران چاق و فاقد تحرک از تخت به صندلی کمک می‌کند. یک نفر هم می‌تواند از این وسیله استفاده کند اما حضور دو نفر ارجحیت دارد. قبل از به کارگیری وسیله باید به دقت دستورات کارخانهٔ سازنده را بررسی نمود. معمولاً بیمار در حالت طاقباز و در مرکز وسیله قرار می‌گیرد و زنجیر یا تسمه‌های متعلق به وسیلهٔ هیدرولیک به قلاب وصل می‌شوند، سپس وسیله، بیمار را به وضعیت نشسته درآورده و از تخت بلند می‌کند و در نهایت وی را آرام بر روی صندلی پایین می‌آورد (شکل ۱۶ـ۳۹). بسیاری از مراقبین از این وسیله استفاده نمی‌کنند. چون ممکن است وسیله در دسترس نباشد یا استفاده از آن بسیار وقت گیر به نظر آید.



شکل ۱۵ـ۳۹. بیمار دچار صدمه نخاعی به کمک دو یا سه پرستار بر روی تخت چرخانده می‌شود. یک پرستار در یکطرف تخت قرار گرفته و ملافهٔ روی تخت را محکم نگه می‌دارد. سپس با علامتی از پیش تعیین شده، بیمار به طرف دو پرستار دیگر حرکت داده می‌شود.

کمک به حرکت بیماران

خوشبختانه برای اکثر بیماران در طول بیماری دیگر استراحت در بستر مورد ملاحظه قرار نمی‌گیرد. فعالیت، حتی جزیی، مثلاً راه رفتن دور اتاق یا در طول سالن، رفتن از اتاق خواب به اتاق نشیمن یا حیاط، همگی جزو اقدامات محافظت کننده از بدن به شمار می‌آیند.

تناسب وضعیت فیزیکی:

بیمارانی که برای مدتی کوتاه استراحت در بستر بوده‌اند، همچنین بیمارانی که خوب خوابیده و در طول روز دوره‌های کوتاه استراحت داشته‌اند، برای آمادگی جهت حرکت به اقدامات خاصی در زمینهٔ افزایش فعالیت فیزیکی نیازی نخواهند داشت. اما دیگر بیماران برای حرکت به آمادگی نیاز دارند. این آمادگی شامل انجام ورزشهای تقویت کنندهٔ سیستم عضلانی ـ اسکلتی بر روی تخت می‌باشد.

ورزشهای مربوط به عضلات چهارسر و سرینی:

ورزش عضلات چهار سر، در واقع نوعی ورزش ایزومتریک است که در آن عضله بدون تغییر قابل ملاحظهٔ طول کشیده می‌شود. عضلات چهار سر ران، یکی از مهمترین دستجات عضلانی مورد



شکل ۱۶ـ۳۹. برای انتقال بیمار چاق یا فاقد تحرک از بالابر هیدرولیکی استفاده می‌شود. بیمار در وضعیت نشسته و به حالت معلق روی تخت بالا آورده می‌شود. سپس جابجا شده و قلاب وی را آرام روی صندلی پایین می‌آورد.

استفاده در راه رفتن هستند. این عضلات به خم شدن ران و راست شدن پا کمک می‌کنند. برای کاهش ضعف عضلانی و به عنوان نخستین تلاش جهت راه رفتن آسان، بیمار محدود به تخت را تشویق کنید تا بطور مکرر این گروه عضلانی را منقبض نماید. تکنیک‌های زیر برای ورزش عضلات چهار سر مورد استفاده قرار می‌گیرند:

- از بیمار بخواهید عضلات روی رانها را منقبض یا سفت کند. در این حالت بیمار احساس می‌کند زانوها به سمت تشک فشرده می‌شوند و پا بالا می‌آید.
- از بیمار درخواست کنید در طول انقباض عضله، به آرامی تا ۴ بشمارد، سپس عضله را شل کرده و دوباره تا ۴ بشمارد. بر اهمیت شل کردن عضله تأکید ورزید چرا که از خستگی عضله جلوگیری بعمل می‌آورد.
- به بیمار هشدار دهید در مدت انجام این ورزش نفس خود را نگه ندارد چون به قلب وی فشار وارد می‌آورد.
- به بیمار آموزش دهید ورزش‌های عضلهٔ چهار سر را در هر ساعت ۲ یا ۳ مرتبه و در روز ۴ تا ۶ بار انجام دهد.
- به بیمار آموزش دهید در صورت خستگی عضله، ورزش را متوقف سازد.

عضلات ناحیهٔ باسن یا عضلات گلوتئال را نیز می‌توان به همان شیوه ورزش داد، یعنی عضلات باسن را به هم فشار داده و سپس شل کرد. به این عمل اصطلاحاً «سفت کردن سرین»

می‌گویند. سفت کردن عضلات شکم و نگهداشتن آنها در حالت انقباض به مدت ۶ ثانیه و سپس شل کردن آنها، ورزشی است که به تقویت این گروه عضلانی کمک کرده و راه رفتن را تسهیل می‌نماید.

فشار به سطح:

قبل از خروج بیمار از تخت، عضلات دست و شانه نیز باید تقویت شوند. ورزشهای مربوطه قدرت عضلات را به گونه‌ای بهبود می‌بخشند که بیمار می‌تواند بر روی صندلی بنشیند، خود را روی صندلی نگه دارد و راحت‌تر حرکت کند. این ورزشها، بخشی از برنامهٔ آماده‌سازی برای بیمارانی هستند که باید راه رفتن با چوب زیر بغل را یاد بگیرند.

بیمارانی که عملکرد بخش‌های تحتانی بدن در آنها محدود شده باید از میلهٔ ذوزنقه‌ای استفاده کنند تا علاوه بر تقویت عضلات نواحی فوقانی بدن، به حرکت و جابجایی آنها در روی تخت نیز کمک شود. با این وجود، میلهٔ ذوزنقه‌ای نمی‌تواند عضلات سه سر را که برای راه رفتن با چوب زیر بغل یا انتقال از تخت به صندلی ضروری هستند تقویت کند. مناسب‌ترین ورزش در این رابطه وارد آوردن فشار بر سطح است که به صورت زیر انجام می‌گیرد:

- بیمار، در حالی که بدون هیچگونه تکیه گاهی روی تخت نشسته می‌تواند این ورزش را برای تقویت عضلات سه سر انجام دهد. به بیمار تعلیم دهید با دستان خود بر روی تشک فشار وارد آورد طوری که مفاصل هیپ از تخت بلند شوند. اگر تشک بیش از حد نرم است، می‌توان تعدادی کتاب را روی هم چید و زیر دست بیمار قرار داد.
- ورزش مذکور را در حالتی که بیمار روی شکم خوابیده نیز می‌توان انجام داد. به بیمار آموزش دهید دستان خود را به حالت باز در سطح شانه‌ها قرار دهد بطوری که کف دست رو به تشک بوده و آرنج کاملاً خم شود. سپس بیمار باید آرنج را صاف کند و سر و شانه‌ها را از سطح تخت بالا آورد.
- ورزش مذکور را زمانی که بیمار بر روی صندلی چرخدار یا صندلی دسته‌دار نشسته نیز می‌توان انجام داد. بیمار دست‌ها را روی دستهٔ صندلی قرار داده و بدن را از کف صندلی بالا می‌آورد.
- ورزش فشار به سطح را باید ابتدا ۳ تا ۴ مرتبه در روز انجام داد سپس با بالا رفتن قدرت بخش فوقانی بدن، دفعات آن را افزایش داد.

مگی ویات، زنی که پس از درمان شکستگی از بیمارستان مرخص شده بود را به خاطر دارید؟ آمادگی فیزیکی وی به دلیل استراحت در بستر کمتر از دورهٔ قبل از شکستگی خواهد بود. به همین علت ورزشهایی نظیر ورزشهای مربوط به عضلات چهار سر و سرینی، همچنین فشار وارد آوردن بر روی تخت می‌توانند آمادگی فیزیکی مگی را بهبود بخشند و به وی اجاره دهند تا به شکل کامل تری در مراقبت‌ها، از جمله انتقال از تخت به صندلی یا از صندلی به اتومبیل، مشارکت نماید.

تاب دادن پاها:

برای تاب دادن پاها، فرد روی لبهٔ تخت نشسته و پاها را از تخت به پایین آویزان می‌کند. این ورزش به بیماران جهت خروج از تخت کمک می‌نماید و به شرح زیر انجام می‌شود:

- ابتدا به مدت چند دقیقه بیمار را روی تخت در وضعیت نشسته قرار دهید. این عمل بیمار را به وضعیت نشسته عادت داده و از احساس ضعف و غش جلوگیری می‌کند.
- تخت را در وضعیت پایین قرار داده یا چهار پایهٔ کوتاه زیر تخت را پایین پای بیمار بگذارید طوری که پاهای آویزان شدهٔ بیمار روی آن واقع شود.
- بیمار را به سمتی از تخت که خود در آنجا قرار دارید حرکت دهید طوری که حین چرخاندن بیمار هیچ نوع کشیدگی و فشاری ایجاد نشود.
- ضمن حمایت از شانه‌ها و پاهای بیمار، ربع دایره وی را بچرخانید. پاهای بیمار را که از لبهٔ تخت آویزان است به جلو و عقب حرکت دهید. بیمار می‌تواند دستهای خود را روی شانه‌های شما بگذارد.
- در مرحلهٔ بعد اجازه دهید پاهای بیمار روی کف زمین یا چهارپایهٔ زیر تخت استراحت کنند. این عمل علاوه بر ایجاد نوعی احساس امنیت احتمال سر خوردن و پایین افتادن بیمار از روی تخت را نیز کاهش می‌دهد.
- از بیمار بخواهید بطور متناوب و با حرکتی منظم پاها را بلند کرده و دوباره سر جای خود بگذارد. این عمل جریان خون پاها را افزایش می‌دهد.
- در کنار بیمار باقی بمانید و آماده باشید تا در صورت احساس غش و ضعف، برای جلوگیری از افتادن وی از روی تخت، وی را به وضعیت خوابیده بازگردانید.

فعالیت‌های روزانه به منظور انجام ورزشهای هدفمند:

بسیاری از فعالیت‌ها را می‌توان به گونه‌ای انجام داد که بیماران به حرکت تشویق شوند و از فواید ورزش بهره ببرند. وقتی بیماران

هدف را بشناسند و درک کنند. اغلب اوقات ورزشهای دیگر را هم برای خود برمی‌گزینند. به عنوان مثال، ایستادن کنار تخت می‌تواند به گونه‌ای باشد که بیمار ناچار گردد برای برداشتن وسایل از روی آن، به جای تلاشی اندک، از عضلات دست و شانه استفاده کند. سیم پیام رسان را نیز می‌توان در جایی قرار داد که بیمار برای رسیدن به آن مجبور به حرکت دادن دست یا شانه شود. بیماران را باید تشویق کرد تا بنشینند و میز جلوی تخت را به سمت خود بکشند و دوباره به جای اول بازگردانند یا پشت خود را بدون کمک دیگران بشویند و یا در حالی که روی تخت قرار دارند جورابهایشان را به پا کنند.

در محیط بیمارستان، ADLها یکی از معدود فعالیت‌هایی هستند که بیمار می‌تواند آنها را بطور مستقل انجام دهد. بسیار مهم است به بیمار اجازه دهید تا آنجا که می‌تواند بطور مستقل فعالیتهای مربوط به خود را انجام دهد. حتماً از روش تشویق و تحسین استفاده کنید. «وابستگی فراگیری شده» رویدادی است که اغلب در سالمندان به وجود می‌آید و اعتماد به نفس آنها را کاهش داده و منجربه افسردگی می‌شود. در صورت ضرورت برای تعیین نوع وسایل کمکی که می‌توانند استقلال عملی بیمار را به حداکثر برسانند، با متخصص کاردرمانی همکاری کنید. کادر ۱ـ۳۹ برخی وسایل کمکی موجود را فهرست وار ارایه کرده است. برای کسب نتیجهٔ مطلوب باید علاوه بر تهیهٔ ابزارهای تطابقی ضروری، بیمار را به حفظ استقلال نیز تشویق کنید.

کمک به راه رفتن

بسیاری از بیماران که به مدت طولانی درتخت استراحت کرده‌اند باید یاد بگیرند دوباره حرکت کرده و راه بروند. اغلب اوقات پرستاران نقش مهمی در بهبود بیمار همچنین بهبود وضعیت ذهنی، ایمان و امیدواری وی دارند بویژه زمانی که بیمار قرار است در یک برنامهٔ دقیق و اغلب دشوار آموزش دوبارهٔ گروههای عضلانی شرکت نماید. بیماری که بتواند پای خود را حدود ۲/۵ سانتی متر از تخت بلند کند، برای راه رفتن از قدرت کافی برخوردار است.

از آنجا که آموزش دوبارهٔ عضلات وظیفهٔ سنگینی است. لذا بیمار به کمک متخصصین طب فیزیکی نیاز دارد. هرچند پرستاران نیز می‌توانند در حال خارج شدن از تخت به بیماران کمک کنند و در غیاب فیزیوتراپ آنها را در راه رفتن یاری رسانند. بعلاوه پرستاران قادرند برای بیماری که قرار است پس از یک دروه استراحت در بستر راه برود. برنامه‌ای جهت راه رفتن تدوین و طرح‌ریزی کنند. قبل از خروج بیمار از تخت، پرستار باید موارد

کادر ۱ـ۳۹. وسایل تطابقی جهت کمک به انجام فعالیت‌های زندگی روزانه

- اسفنج‌های دسته بلند ویژهٔ استحمام
- گیره‌های دسترسی به اشیاء
- پاشنه کش‌های دسته بلند
- بندهای کفش الاستیکی
- ظروف غذای بزرگ، زاویه‌دار و دارای گیره‌های مخصوص
- وسایل velcro
- وسایل مخصوص غذا نظیر بشقاب‌ها یا کاسه‌های دارای محفظه‌های مکشی در انتها
- تجهیزات کمک کننده به وضعیت بدن و آتل‌ها
- تطابق دهنده‌های محیطی

زیر را انجام دهد:

- توانایی بیمار در زمینهٔ راه رفتن و نیاز وی به کمک (یک پرستار، دو پرستار، واکر، عصا، کمربند ویژهٔ راه رفتن، چوب زیر بغل) را بررسی نماید.
- به بیمار آنچه که قرار است انجام شود شرح دهد: نظیر روشهای انتقال از تخت به وضعیت ایستاده، مجسم نمودن مسافت راه، کمک‌های موجود و طریقهٔ استفادهٔ صحیح از آنها به بیمار آموزش دهد به محض احساس ضعف یا سرگیجه مراقب را بلافاصله به پرستار گزارش نماید.
- اطمینان حاصل کند که مسیر مورد نظر جهت پیاده روی بیمار خالی از اشیاء اضافی است.

به بیمار کمک کنید برای راه رفتن در وضعیت ایستاده قرار گیرد، پس از نشستن بیمار بر لبهٔ تخت و پس از برداشتن چند قدم اول اندکی صبر کنید تا مطمئن شوید بیمار از ثبات لازم برخوردار است. بر این مسئله تأکید ورزید که برای دستیابی به فواید کامل راه رفتن، باید صاف ایستاد و سر را بالا گرفت بیمارانی که از راه رفتن می‌ترسند اغلب به پاهای خود نگاه می‌کنند. به بیمار یادآوری کنید که در طول راه رفتن جهت افزایش هوای ریه، نفس عمیق بکشد. راه رفتن پس از یک دورهٔ طولانی استراحت در بستر، باعث غش و ضعف بیمار می‌شود. در اینگونه موارد باید ابتدا مسافت‌های کوتاه را انتخاب کرد، سپس بتدریج مسافت را افزایش داد. با افزایش مسافت، بهتر است صندلی‌هایی در طول مسیر قرار داده شود تا بیمار در صورت نیاز روی آنها قرا رگرفته و استراحت کند. چنانچه بیمار با شروع حرکت یا حین راه رفتن دچار ضعف و غش شد، پاهای خود را جهت وسیع نمودن سطح اتکاء باز کرده و لگن را در جهت مخالف صورت بیمار به سمت خارج متمایل نمایید. سپس بازوان را زیر بغل بیمار گذاشته و در حالی که از سر وی بدقت محافظت می‌کند، بدن او را به طرف پایین یعنی کف زمین هدایت کنید (شکل ۱۷ـ۳۹ الف). چنانچه بیمار





شکل ۱۷ـ۳۹. (الف): یک پرستار بیمار را به سمت کف زمین هدایت می‌کند (ب): دو پرستار بیمار را به طرف کف زمین پایین می‌آورند.

برای راه رفتن از کمربند محافظتی ویژهٔ راه رفتن استفاده کرده، می‌توانید ضمن محافظت از سر وی، از کمربند جهت کشیدن بیمار به طرف کف زمین استفاده نمایید. وقتی دو پرستار برای کمک به بیماری که در حال غش یا افتادن است وجود دارد، هر دو باید یک دست را زیر بغل بیمار گذاشت و با دست دیگر کمر و دستهای او را در دست بگیرند و بعد از اینکه بیمار را محکم مگه داشتند او را به سمت پایین هدایت کرده و روی صندلی یا کف زمین قرار دهند (شکل ۱۷ـ۳۹ـ ب) این مانورها را قبل از بکارگیری در موقعیت‌های اورژانس تمرین کنید.

کمک یک پرستار:

بیمارانی که نیاز کمتری به کمک پرستار دارند به خوبی می‌توانند در کنار او راه بروند. پرستار با قرار گرفتن در کنار بیمار و گذاشتن هر دو دست روی کمر وی بهتر می‌تواند او را حمایت نماید. بدین ترتیب وضعیت صاف و قائم بیمار حفظ شده و از کشیده شدن بیمار به یک طرف جلوگیری می‌گردد. با استفاده از کمربند مخصوص راه رفتن که محکم دور کمر بیمار را می‌گیرد نیز می‌توان به همین روش از بیمار حمایت کرد. پرستار باید کمربند را از عقب بگیرد و در پشت بیمار و اندکی متمایل به سمت پهلوی او حرکت کند (شکل ۱۸ـ۳۹). اغلب اوقات وقتی بیمار با داشتن سرم وریدی راه می‌رود باید به او کمک نمود. در اینگونه موارد پرستار باید پایهٔ قابل حمل سرم را که به آسانی حرکت می‌کند در دست بگیرد. بعلاوه پرستار باید قبل از راه رفتن بیمار از محکم بودن تمامی اجزای سیستم تزریق IV اطمینان حاصل کرده و نسبت به هرگونه کشش یا عملکرد ناگهانی منجربه جابجایی یا اختلال در مسیر وریدی هوشیار باشد (شکل ۱۹ـ۳۹ـ ب).

نگهداشتن بازوی ضعیف از ناحیهٔ زیر بغل، این امکان را فراهم می‌آورد که پرستار بیشتر و اسان‌تر وزن بیمار را تحمل نماید و در صورت غش یا ضعف بیمار بهتر بتواند او را روی زمین قرار دهد. در بیمارانی که وضعیت آنها از ثبات لازم برخوردار نیست بهتر است از کمربند مخصوص نقل و انتقال استفاده شود.

کمک دو پرستار:

در صورتی که مطمئن نیستید بیمار توانایی حرکت دارد، کمک دو پرستار ایمن‌تر و بی‌خطرتر خواهد بدو. برای نگهداشتن بیمار توسط دو پرستار و کمک به راه رفتن وی، دو روش وجود دارد. در روش اول، پرستاران در کنار بیمار ایستاده و با دست‌های نزدیک به بدن بیمار، قسمت فوقانی بازو و با دست‌های دور خود قسمتهای پایینی دست بیمار رانگه می‌دارند. در روش دوم امکان نگهداری و حمایت بیمار بیشتر است ولی در آن باید قد هر سه نفر تقریباً هم اندازه باشد. پرستاران مجدداً در کنار بیمار می‌ایستند و با دست نزدیک خود زیر بازو و پشت بیمار را نگهداشته سپس مچ دستهای خود را می‌گیرند. بیمار نیز دست خود را روی شانه‌های پرستاران انداخته و پرستاران با دستهای دور خود دست بیمار را نگه می‌دارند. در هر دو روش پرستاران و بیمار باید با هماهنگی هم قدم بردارند (شکل ۱۸ـ۳۹).

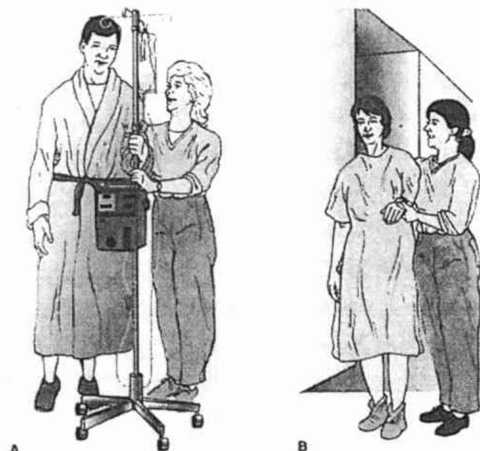
استفاده از وسایل کمکی مکانیکی در راه رفتن:

وسایل گوناگونی می‌توانند به بیمار در راه رفتن کمک نمایند. متداولترین این وسایل عبارتند از: واکر، عصا، بریس و چوب زیر بغل. اغلب مواقع، بیمار با یکی از وسایل تطبیق پیدا می‌کند و طرز استفاده از ان را در بخش طب فیزیکی یا واحد فیزیوتراپی یاد می‌گیرد. در این فاصله، عمدهٔ توجهات پرستاری بر تکرار



شکل ۱۸ـ۳۹. کمک به بیمار در راه رفتن. (الف) دو پرستار با دو روش می‌توانند به راه رفتن ایمن و بی خطر بیمار کمک کنند (ب) پرستار برای نگهداشتن بیمار حین راه رفتن از کمربند مخصوص راه رفتن استفاده می‌کند.

آموزشهای ارایه شده به بیمارو اطمینان از مصرف مداوم وسیله توسط بیمار جهت کمک به راه رفتن ایمن معطوف می‌گردد. اما در برخی مراکز مراقبت سلامتی، پرستاران مسئول تطابق بیمار با این وسایل می‌باشد. هنگام بررسی بیماری که برای مدتی از واکر، عصا، بریس یا چوب زیر بغل استفاده کرده، مشخص نمایید.
آیا هنوز بیمار به وسیله احتیاج دارد؟ آیا وسیله کماکان نیازهای بیمار را برطرف می‌سازد؟ و آیا بیمار هنوز به نحو صحیح و مناسب از آن استفاده می‌کند یا خیر؟ بعضی از بیماران سالمند، استفاده از وسایل کمک حرکتی را نشانهٔ ضعف یا کاهش توانایی و از دست دادن استقلال خود می‌دانند. بسیاری از بیماران استفاده از این وسایل را رد کرده و آنها را دور از دید دیگران قرار می‌دهند. در مواردی که هدف، استفاده از وسیلهٔ کمک حرکتی برای دوره‌ای کوتاه است (مثلاً بعد از عمل جراحی مفصل هیپ)، پاسخ بیمار معمولاً مثبت‌تر خواهد بود. نسبت به نگرش بیمار در مورد وسایل مذکور حساس باشید و به جای اینکه فقط به نحوهٔ استفاده از وسیله تأکید کنید، هدف اصلی بکارگیری وسیله را در رابطه با



شکل ۱۹ـ۳۹. (الف) راه بردن بیماری که به حمایت و کمک بیشتری نیاز دارد. پرستار به بیمار کمک می‌کند تا همراه با پایه سرم قابل حمل حرکت کند. (ب) پرستار با ایستادن در طرف دچار فلج یا ضعف بیمار و حمایت از این نیمهٔ بدن به بیمار در راه رفتن کمک می‌کند.

بیمار مد نظر قرار دهید. دستورالعمل‌های کلی برای کمک به بیمارانی که به واکر، عصا، بریس و چوب زیر بغل نیاز دارند به شرح زیر می‌باشند:

- تا جایی که امکان دارد، قبل از بکارگرفتن وسیله، طرز استفادهٔ صحیح آن را به بیمار و خانوادهٔ وی آموزش دهید (مثلاً قبل از جراحی). اگر افراد خانواده در رابطه با این موضوع از آگاهی کافی برخوردارند، می‌توانند در مواقع لزوم به مرور و تکرار آموزشها بپردازند.
- زمانی که بیمار آمادگی راه رفتن با وسیلهٔ جدید را پیدا کرد، باید اطمینان یابید که کفشهای بیمار کاملاً اندازهٔ پای وی هستند و دارای پاشنهٔ لاستیکی می‌باشند. همچنین مسیر حرکت وی تمیز، صاف، خشک و دارای نور کافی است. برای بیمارانی که در معرض خطر بالای افتادن قرار دارند، باید از کمربند مخصوص راه رفتن استفاده کرد.
- قبل از آغاز حرکت، اطمینان حاصل کنید که بیمار محکم و ثابت روی پاهای خود ایستاده است. به وی آموزش دهید بدن خود را صاف نگهداشته و مستقیم به جلو نگاه کند. پرستار باید در پشت بیمار و اندکی متمایل به پهلوی وی حرکت کند (در موارد فلج یا بی حسی یکطرفه، پرستار در طرف آسیب دیدهٔ بدن قرار می‌گیرد)، چنانچه بیمار تعادل خود را از دست می‌دهد، برای ثابت نگهداشتن وی، شانه‌ها و کمربند مخصوص انتقال وی را در دست بگیرید.

واکر:

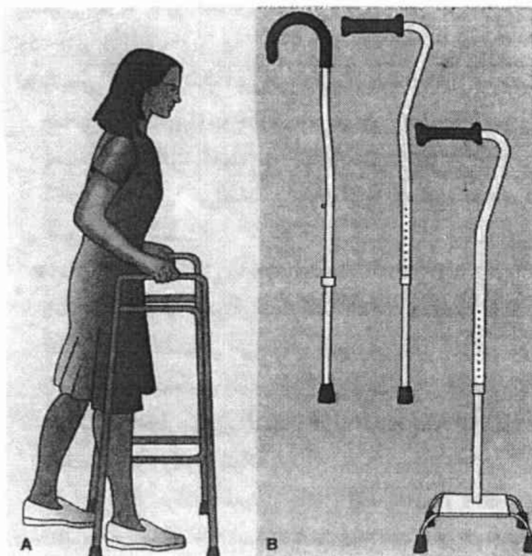
واکر یک چارچوب کم وزن فلزی (معمولاً آلومینیومی) با ۴ پایه است (شکل ۲۰ـ۳۹ـ الف). با استفاده از واکر، نوعی حس اطمینان و امنیت در بیمار ایجاد می‌گردد. چندین نوع واکر وجود دارد که می‌توان بر حسب قدرت دست و تعادل بیمار نوع مناسب آن را انتخاب کرد. وقتی بیمار بین پایه‌های عقبی واکر می‌ایستد، واکر باید از زمین تا مفصل ران بیمار امتداد داشته باشد و آرنج‌های بیمار باید حدود ۳۰ درجه خم شوند. پوشش لاستیکی نوع پایه‌های واکر باید سالم باشد تا از سر خوردن ان جلوگیری کند. بطور کلی، بیمار واکر را در جلوی خود قرار داده و در داخل آن گام بر می‌دارد. به بیمار نحوهٔ استفاده از واکر را به شرح زیر آموزش دهید:

- دمپایی نپوشید یااز کفش‌های غیر لغزنده استفاده کنید.
- حین بلند شدن از وضعیت نشسته، از دسته‌های صندلی کمک بگیرید. به محض قرار گرفتن در وضعیت ایستاده ابتدا یک دست و سپس دست دیگر را روی واکر قرار داده و آن را به طرف جلو حرکت دهید.
- در صورت آسیب‌دیدگی یک پا، پای مذکور و واکر را با یکدیگر به اندازهٔ ۶ تا ۸ اینچ به طرف جلو حرکت دهید و در حالی که وزن بدن را به واکر و پای آسیب دیده منتقل می‌نمایید پای سالم را جلوآورید. بیماران سالمند اغلب حین راه رفتن با واکر از الگوهای خطرناکی استفاده می‌کنند بنابراین لازم است دقیقاً تحت کنترل و مراقبت قرار گیرند.
- هرگز از واکر برای حرکت در پلکان استفاده نکنید.

ژنویوآگوستوس، زن سالخورده‌ای که مراقبت از همسرش را در خانه بر عهده داشت به خاطر می‌آورید؟ پرستار باید وضعیت عملی آقای آگوستوس را به دقت بررسی نماید تا محدودیت‌ها و نیاز وی به وسایل کمکی نظیر واکر و عصای چهارپایه مشخص گردد. این وسایل علاوه بر کمک به ژنویو، به همسر وی آقای آگوستوس نیز کمک کرده و ایمنی وی را نیز افزایش می‌دهند.

عصاها:

عصاها سه نوع مختلف دارند (شکل ۲۰ـ۳۹ـ ب): عصای تک پایه با دستگیرهٔ نیم دایره‌ای شکل، برای بیمارانی که به حداقل حمایت نیاز دارند و مرتب از پلکان استفاده می‌کنند توصیه می‌شود عصای تک پایه با دستگیره مستقیم، ویژه بیماران دارای ضعف دست است چون گرفتن دستگیرهٔ آن برای بیماران مذکور راحت‌تر است. این عصا برای بیمارانی که نمی‌توانند تعادل خود را به خوبی حفظ کنند توصیه نمی‌شود. عصای سه یا چهار پایه، سطح اتکای وسیع‌تری دارد و برای بیماران دچار تعادل نامناسب توصیه می‌گردد. به بیمار آموزش دهید حتی‌الامکان از عصاهایی با سطح اتکای کمتر و در نهایت عصاهای تک پایه استفاده کنند. در عصاهای دارای سطح اتکای کمتر، بیمار برای نگهداری خود کمتر به عصا تکیه می‌نماید. بسیاری از عصاها قابل تنظیم هستند و باید آنها را به گونه‌ای تنظیم کرد که اگر در وضعیت ایستاده، نوک عصا با قسمت کناری پا ۱۰ سانتیمتر فاصله داشته باشد، طول عصا از زمین تا مفصل هیپ بیمار امتداد یابد و با گرفتن عصا آرنج به اندازهٔ ۳۰ درجه خم شود. پوشش لاستیکی نوک پایهٔ عصا از سر خوردن و حوادث بعدی پیشگیری بعمل می‌آورد، بنابراین باید بطور منظم کنترل شود تا از سالم بودن آن اطمینان حاصل گردد. به بیماران باید آموزش داد تا هنگام راه رفتن با عصا صاف بایستند و به عصا تکیه ندهند. همچنین حین راه رفتن بیماران با عصا، باید به آنها آموزش داد تا برای حمایت بیشتر از



شکل ۲۰ـ۳۹. انواع وسایل کمکی مکانیکی جهت راه رفتن. (الف) واکر یک چارچوب کم وزن فلزی است که قاعده‌ای عریض با ۴ نقطهٔ اتکاء دارد. واکر باید متناسب با ارتفاع مفصل هیپ بیمار انتخاب شود طوری که آرنج بیمار با آن زاویهٔ ۳۰ درجه سازد. (ب) سه نوع عصا. عصای تک پایه با دستگیرهٔ نیمه گرد برای بیمارانی توصیه می‌شود که به حمایت کمتری نیاز دارند. عصای تک پایه با دستگیرهٔ صاف برای بیماران دچار ضعف دست مناسب است. و عصاهای ۳ تا ۴ پایه برای بیماران دچار تعادل نامناسب استفاده می‌شوند.

پای ضعیف، عصا را توسط نیمهٔ سالم بدن نگهدارند. حرکت به ترتیب زیر انجام می‌گیرد:

۱ـ بیمار در حالی که وزنش بطور یکسان و یکنواخت بین پاها و عصا توزیع شده می‌ایستد.

۲ـ عصا را در طرف قوی‌تر بدن نگاهداشته و فاصلهٔ آن را با بدن حدود ۳۰ـ۱۰ سانتی متر حفظ می‌کند.

۳ـ سنگینی وزن روی پای قویتر و عصا بوده و بیمار پای ضعیف را به موازات عصا جلو می‌برد.

۴ـ سپس وزن روی پای ضعیف و عصا قرار گرفته و بیمار پای قویتر را جلوی عصا قرار می‌دهد (طوری که پاشنهٔ پا اندکی جلوتر از پایه عصا قرار گیرد).

۵ـ بیمار پای ضعیف‌تر را جلو می‌برد تا هم سطح با پای قوی قرار گیرد و دوباره همانند مرحلهٔ شمارهٔ ۲، عصا به جلو برده می‌شود.

اگر بیمار به حمایت عصا کمتر نیاز داشته باشد، در آن صورت می‌توان ضمن حمایت وزن از سوی پای قویتر، عصا و پای ضعیف‌تر را همزمان به سمت جلو حرکت داد. به بیماران باید آموزش داد تا هنگام نشستن عصا را در دسترس قرار دهند تا بتوانند با کمک آن به راحتی از جا بلند شوند.

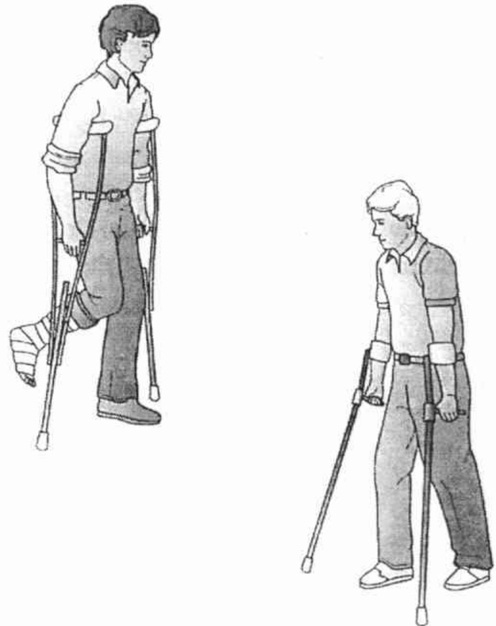
بریس:

بریس‌ها که از عضلات ضعیف پا حمایت می‌کنند دارای انواع مختلف هستند. مسئولیت‌های پرستار در رابطه با بیماران استفاده کنندهٔ بریس عبارتند از: آموزش زمان استفاده و تکنیک صحیح بکارگیری بریس، کنترل بیمار در زمینهٔ استفادهٔ صحیح از بریس و توجه به هرگونه مشکلات ناخواسته بوجود آمده توسط بریس (مثل تحریک پوست). در موارد بروز تغییرات عضلانی، مثل تغییراتی که در اثر رشد و تکامل و یا ابتلای به بیماری (آتروفی) پدید می‌آیند، باید بریس را دوباره تنظیم کرد تا اثربخشی خود را حفظ کند.

چوب زیر بغل:

گاهی اوقات برای عدم استفاده از یک پا یا کمک به تقویت یک یا هر دو پا، استفاده از چوب زیر بغل برای بیماران ضرورت پیدا می‌کند. دو نوع چوب زیر بغل متداول وجود دارد: ۱ـ چوب زیر بغل یا زیر بازویی ۲ـ چوب نگهدارندهٔ ساعد (شکل ۲۱ـ۳۹). چوب نگهدارندهٔ ساعد، دارای تکیه گاه زیر بغلی نیست و چارچوب نگهدارندهٔ آن برای قسمت تحتانی دست دارای یک دستگیره می‌باشد که به هدایت عصا نیز کمک می‌کند. چوب‌های نگهدارندهٔ ساعد بیشتر برای بیماران دچار محدودیت‌های دائم استفاده می‌شود. این بیماران باید همیشه با کمک چوب‌های نگهدارنده ساعد راه بروند.

روش استفاده از چوب زیر بغل برای راه رفتن بهتر است توسط فیزیوتراپ آموزش داده شود. گرچه پرستاران نیز اغلب مسئولیت اندازه‌گیری یا تعیین اندازهٔ چوب‌های زیر بغل را بر عهده دارند و نحوهٔ استفاده از آن را به بیماران آموزش می‌دهند. حتی اگر بیمار، دستورالعمل‌های لازم جهت راه رفتن با چوب زیر بغل را از فیزیوتراپ فرا بگیرد. باز هم پرستار باید از چگونگی



شکل ۲۱ـ۳۹. چوب‌های زیر بغل و نگهدارندهٔ ساعد

پیشرفت بیمار و یادگیری کامل نحوهٔ راه رفتن توسط وی آگاهی یابد. آماده باشید پس از اتمام آموزشهای اولیه، بیمار را در خانه و بیمارستان راهنمایی کنید.

اندازه‌گیری چوب‌های زیر بغل:

برای تعیین اندازهٔ مناسب چوب زیر بغل برای بیمار از روشهای زیر استفاده می‌شود:

- بیمار با پوشیدن کفشی که در موقع راه رفتن به پا می‌کند صاف به پشت روی تخت دراز می‌کشد.
- فاصلهٔ چین قدامی زیر بغل تا پاشنهٔ پا اندازه گرفته شده و ۲/۵ سانتی متر به آن اضافه می‌گردد.
- در حالت ایستاده پد چوب زیر بغل باید به پهنای ۳ تا ۴ انگشت پایین‌تر از زیر بغل بوده و انتهای چوب زیر بغل با کنار پاشنهٔ پا ۱۵ـ۱۰ سانتیمتر فاصله داشته باشد.
- برای بدست آوردن طول تقریبی چوب زیر بغل، قد بیمار را در نظر گرفته و ۱۶ اینچ (۴۰ cm) از آن کم کنید.
- پس از تعیین اندازهٔ چوب زیر بغل، از بیمار بخواهید بایستد تا دستگیره‌های چوب را تنظیم نمایید. با گرفتن دستگیره‌ها توسط بیمار محل استقرار آنها را محکم کنید طوری که آرنج اندکی خم شده و مچ دست به سمت عقب متمایل گردد.

- به بیمار آموزش دهید موقع استفاده از چوب زیر بغل، وزن بدن روی دستها و بازوها می‌باشد. نه ناحیهٔ زیر بغل چون در این صورت فشار وارده ممکن است باعث قطع جریان خون و آسیب‌دیدگی اعصاب شود. بعلاوه در هر بار حرکت رو به جلو بدن، چوب زیر بغل نباید به ناحیه زیر بغل فشار وارد آورد.

باید دقت کرد چوب زیر بغل کاملاً مناسب بوده و بطور صحیح استفاده شود تا بدین ترتیب از آسیب‌دیدگی اعصاب و قطع جریان خون جلوگیری بعمل آمده و تعادل بیمار به خوبی حفظ شود.

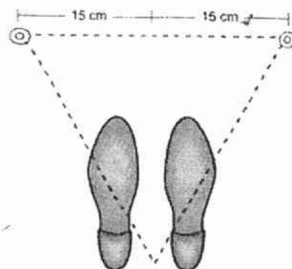
ورزشهای آماده کنندهٔ بیمار برای راه رفتن با چوب زیر بغل:

قبل از به کارگیری چوب‌های زیر بغل، چندین ورزش انجام می‌گیرند که به افزایش اطمینان و مهارت بیماران کمک می‌کنند. ابتدا باید با تقویت عضلات شانه و بازو کار را آغاز کرد. ورزشهایی که با ایجاد فشار بر روی سطح انجام می‌گیرند (قبلاً شرح داده شد) بسیار مفید هستند. عضلات دست نیز باید تقویت شوند. فشار دادن یک توپ پلاستیکی ۵۰ مرتبه در روز با خم و راست کردن انگشتان می‌تواند به تقویت دست کمک کند. تمرین بعدی آن است که بیمار روی یک صندلی چسبیده به دیوار قرار گیرد و به وی کمک شود تا در برابر دیوار بایستد و چوب زیر بغل را در دست بگیرد. سپس کمی دورتر از دیوار ایستاده و چوب زیر بغل را از یک دست به دست دیگر بدهد. بدین ترتیب دست‌ها و بازوها به تحمل وزن عادت می‌کنند. بعد از آن، از بیمار خواسته می‌شود به دیوار تکیه داده و چوب زیر بغل را حدود ۱۵ سانتی متر از کف زمین بلند نماید و مجدداً آن را پایین بگذارد. این ورزش باید با چوب زیر بغل دیگر و ۶ تا ۸ مرتبه بطور کامل انجام شود. در مرحلهٔ بعد بیمار در حالی که به دیوار تکیه داده است، هر دو چوب را از روی زمین بلند نموده و دوباره روی زمین می‌گذارد و چندبار این کار را تکرار می‌کند.

پس از انجام این ورزشها می‌توان قضاوت نمود که بیمار بدون خطر می‌تواند چوب زیر بغل را گرفته و کنترل نماید. در صورتی که اطمینان حاصل گردید بیمار می‌تواند از چوب زیر بغل به خوبی استفاده کند. باید راه رفتن با آن را تمرین کنید. توصیه می‌شود بیمار ابتدا با راه رفتن ۴ مرحله‌ای کار را آغاز کند. بیمارانی که از چوب زیر بغل استفاده می‌کنند باید به دقت از نظر مشکلات قلبی ـ عروقی بررسی شوند. به آنها باید توصیه نمود تا برای کاهش فشار بر قلب و عروق آهسته راه بروند.

راه رفتن با چوب زیر بغل:

قبل از گام برداشتن بیمار باید با پایه‌های چوب زیر بغل در وضعیتی مثلثی قرار گیرد (شکل ۲۲ـ۳۹). برای قرار گرفتن در این وضعیت، چوب‌های زیر بغل در محلی قرار داده می‌شوند که با جلو و کنار هر پا ۱۵ سانتی متر فاصله داشته باشند. بدین ترتیب



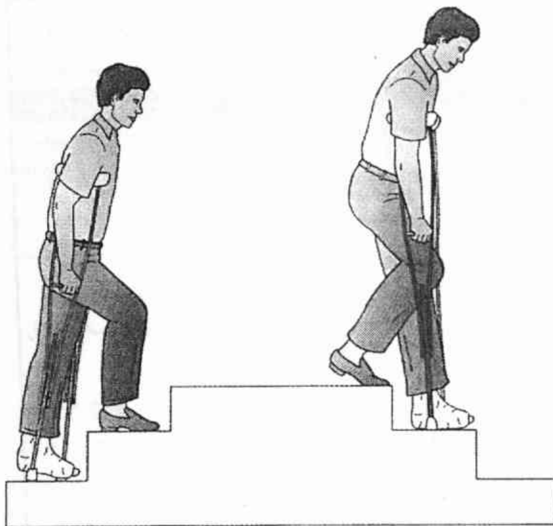
شکل ۲۲ـ۳۹. وضعیت مثلثی، آغاز راه رفتن با چوب زیر بغل است.

مثلثی با قاعدهٔ پهن و در نتیجه سطح اتکای وسیع ایجاد می‌گردد. به بیمار آموزش دهید جهت حفظ وضعیت صاف بدن، سر را راست نگهدارد و به جلو نگاه کند. ۵ روش برای راه رفتن با چوب زیر بغل وجود دارد: ۴ مرحله‌ای، ۳ مرحله‌ای، ۲ مرحله‌ای، حرکت نوسانی پا، نزدیک چوب زیر بغل و حرکت نوسانی پا جلوتر از چوب زیر بغل.

نوع راه رفتن‌ها در شکل ۲۳ـ۳۹ نشان داده شده‌اند. در راه رفتن ۴ مرحله‌ای هر دو پا وزن را تحمل می‌کنند. در راه رفتن دو مرحله‌ای نیز هر دو پا وزن را تحمل می‌کنند اما سرعت

	4 POINT GAIT	2 POINT GAIT	3 POINT GAIT	SWING TO	SWING THROUGH
	• Partial weight bearing both feet • Maximal support provided • Requires constant shift of weight	• Partial weight bearing both feet • Provides less support • Faster than a 4 point gait	• Non-weight bearing • Requires good balance • Requires arm strength • Faster gait • Can use with walker	• Weight bearing both feet • Provides stability • Requires arm strength • Can use with walker	• Weight bearing • Requires arm strength • Requires coordination/balance • Most advanced gait
4	4. Advance right foot	4. Advance right foot and left crutch	4. Advance right foot	4. Lift both feet/swing forward/land feet next to crutches	4. Lift both feet/swing forward/land feet in front of crutches
3	3. Advance left crutch	3. Advance left foot and right crutch	3. Advance left foot and both crutches	3. Advance both crutches	3. Advance both crutches
2	2. Advance left foot	2. Advance right foot and left crutch	2. Advance right foot	2. Lift both feet/swing forward/land feet next to crutches	2. Lift both feet/swing forward/land feet in front of crutches
1	1. Advance right crutch	1. Advance left foot and right crutch	1. Advance left foot and both crutches	1. Advance both crutches	1. Advance both crutches
	Beginning stance	Beginning stance	Beginning stance	Beginning stance	Beginning stance

شکل ۲۳ـ۳۹. راه رفتن با چوب زیر بغل. نواحی خاکستری، مناطق تحمل وزن را نشان می‌دهند. فلش‌ها جهت حرکت پا یا چوب زیر بغل را به نمایش می‌گذارند.



شکل ۲۴ـ۳۹. پلکان برای فردی که قصد دارد با چوب زیر بغل در آن رفت و آمد کند می‌تواند خطرناک باشد. بنابراین روش صحیح و مناسب باید فرا گرفته شود. در این تصویر یکی از ورشها به نمایش درآمده است، که در آن از هر دو چوب زیر بغل استفاده شده و بیمار به تناوب پای سالم را بالا برده پای غیر سالم را پایین می‌آورد.

راه رفتن بیشتر از نوع چهار مرحله‌ای است. در راه رفتن سه مرحله‌ای تنها یک پا وزن را تحمل می‌کند، پای دیگر نمی‌تواند تکیه گاه خوبی باشد اما به حفظ تعادل کمک می‌کند. در حرکت نوسانی پانزدیک چوب زیر بغل، هر دو چوب زیر بغل همزمان با هم حرکت می‌کنند و پا نزدیک چوب‌های زیر بغل به زمین می‌آید و وزن بدن توسط بازوها و چوب زیر بغل تحمل می‌شود.

در حرکت نوسانی پا جلوتر ازچوب زیر بغل، پا در فاصله‌ای جلوتر ازچوب زیر بغل به زمین می‌آید و وزن بدن در فاصلهٔ بین دو چوب زیر بغل و فراتر از آن به حرکت درمی‌آید. این راه رفتن به قدرت و هماهنگی نیاز دارد و اغلب توسط بیماران دچار فلج پا و هیپ مورد استفاده قرار می‌گیرد. از معایب هر دو نوع حرکت نوسانی پا آن است که مشابه راه رفتن طبیعی نیستند و استفادهٔ طولانی از آنها باعث آتروفی عضات اندام‌های انتهایی تحتانی می‌شود. آموزش راه رفتن باچوب زیر بغل باید شامل تمرین تکنیک‌های ایمن بالا رفتن و پایین آمدن از پلکان نیز باشد. یک روش آن است که ابتدا پای سالم را از پله بالا برده و بعد چوب زیر بغل را بالا ببرند. در این حالت وزن بیمار اول به پای سالم و بعد به چوبهای زیر بغل که در دوطرف پای سالم قرار گرفته‌اند منتقل می‌شود برای پایین آمدن نیز می‌توان ابتدا پای آسیب دیده و چوب‌های زیر بغل را حرکت داد و بعد پای سالم را پایین آورد (شکل ۲۴ـ۳۹). یک روش آسان برای به خاطر سپردن این تکنیک توسط بیمار، تکرار این عبارت است: «پای خوب بالا، پای بد پایین» زمانی که نرده کنار پلکان وجود داشته باشد، بیمار می‌تواند برای بالا رفتن و پایین آمدن از پله روش دیگر یرا مورد استفاده قرار دهد. بدین ترتیب که با یک دست نرده‌ها را محکم گرفت و با دست دیگر هر دو چوب زیر بغل را از ناحیهٔ دستگیره به هم چسبانده و زیر بغل قرار دهد، سپس پای سالم را یک پله بالا برده، آن را راست نگهدارد و در مرحلهٔ بعد پای آسیب دیده وچوبهای زیر بغل را به طرف همان پله بالا بکشاند. برای پایین آمدن از پله نیز بیمار بایدتمام مدت یک دست را روین رده نگهدارد و با دست دیگر هر دو چوب را زیر بغل قرار داده و دستگیرهٔ آنها را در دست بگیرد. ابتدا پای آسیب دیده و چوب زیر بغل با هم و سپس پای سالم پایین آورده می‌شوند (به کادر ارتقای سلامتی در خانه ۱ـ۳۹ رجوع کنید).

طرح‌ریزی برنامه‌های ورزشی

از آنجا که ورزش فواید بی شماری برای سیستم‌های مختلف بدن دارد، لذا یکی از مسئولیت‌های مهم پرستار طرح‌ریزی برنامه‌های ورزشی برای بیماران می‌باشد. در این برنامه باید ADLها و جلسات برنامه‌ریزی شدهٔ ورزشی گنجانده شوند. بسته به وضعیت فیزیکی بیمار، ورزش به گونه‌ای طراحی می‌شود تا سلامت و تناسب بدنی وی را به حد مطلوب ارتقاء دهد. **تعهدپذیری افراد** نسبت به برنامهٔ ورزش منظم به موارد زیر بستگی دارد:

- آگاهی از فواید ورزش و مشکلات مربوط به عدم تحرک
- درک حقایق موجود در جامعه، اینکه زندگی‌ها اکثراً بی‌تحرک بوده و بیشتر مردم باید آگاهانه به انتخاب یک نوع ورزش بپردازند.
- اعتقاد به این مسئله که هر فرد مسئول سلامتی خویش می‌باشد و ورزش برای تندرستی فرد لازم و ضروری است.

آموزش ارتقای سلامتی در خانه ۱-۳۹

راه رفتن با چوب زیر بغل

موضوع مرتبط با سلامتی	نکتهٔ آموزشی	چرا این موضوع مهم است؟
وضعیت صحیح بدن حین استفاده از چوب زیر بغل	- از فشار وارد بر زیر بغل جلوگیری نمایید. - آرنج‌ها را نزدیک به پهلو قرار دهید. - چوب‌های زیر بغل نباید به پاها بیش از ۳ اینچ نزدیک شوند.	- فشار وارد بر زیر بغل می‌تواند منجر به آسیب‌دیدگی اعصاب و جریان خون شود. - این عمل به ثبات چوب‌های زیر بغل کمک کرده و مانع افتادن بیمار می‌شود. - بدین ترتیب چوب‌های زیر بغل لابلای پای بیمار گیر نمی‌کنند.
راه رفتن صحیح بیمار	- از روش ۴ مرحله‌ای، سه مرحله‌ای، ۲ مرحله‌ای یا حرکت نوسانی پا به جلو استفاده کنید.	- هریک از این روش‌ها بنا به دلایل خاصی مورد استفاده قرار می‌گیرند. راه رفتن ۴ مرحله‌ای برای بیمارانی مفید است که می‌توانند وزن بدن را روی هر دو پا تحمل کنند. راه رفتن ۳ مرحله‌ای ویژهٔ بیمارانی است که نمی‌توانند وزن را روی هر دو پا تحمل کنند. راه رفتن دو مرحله‌ای برای بیمارانی استفاده می‌شود که قادر به تحمل وزن توسط یک پا هستند. دو روش حرکت نوسانی پا به جلو خاص بیمارانی هستند که توانایی تحمل وزن روی هر دو پا را دارند. نوع آسیب وارد به بیمار تعیین کنندهٔ تحمل وزن از سوی وی می‌باشد.
عملکرد در خانه	● برای بلند شدن از صندلی: - بدن خود را تا لبهٔ صندلی جلو آورید. پای آسیب دیده را کاملاً صاف کنید تا وزنی را متحمل نشود. چوب‌های زیر بغل را به سمت نیمهٔ سالم بدن قرار داده سپس بدن را به جلو متمایل گردانید و با وارد آوردن فشار بر چوبهای زیر بغل از جا بلند شوید. ● برای بالا رفتن از پله: - *پای سالم را روی پله گذاشته و وزن را بر روی آن انتقال دهید، سپس به ترتیب پای آسیب دیده و چوب‌های زیر بغل را روی پله بگذارید.* عمل مذکور را آنقدر ادامه دهید تا بهبالای پلکان برسید. ● برای پایین آمدن از پله: - ابتدا چوب‌های زیر بغل و پای آسیب دیده را روی پله گذاشته و بعد پای سالم را حرکت دهید.	- بیماران باید این مطلب را فرا گیرند که رویدادهای روزانه می‌توانند برایشان چالش آفرین باشند و اگر نتوانند به نحو صحیح از عهدهٔ انجام آنها برآیند، ممکن است به آسیب‌دیدگی بیشتر پای ناسالم منجر گردد.

پرستاران، با آموزش و مشاوره می‌توانند بیماران را نسبت به ورزش منظم متعهد و مسئول سازند. در این رابطه پرستار خود باید در مورد انواع ورزش، فواید و خطرات آن آگاه باشد. پرستاران حین کار با بیمار جهت تدوین یک برنامهٔ ورزشی فردی باید از دستورالعمل‌های زیر استفاده کنند:

- پی بردن به اهداف بیمار در زمینهٔ تندرستی، همچنین علائق، مهارتها، قابلیت‌ها و فرصتهای ورزشی وی.
- کمک به بیمار جهت دریافت مجوز پزشکی انجام ورزش
- بررسی فعالیت‌های ورزشی قابل اجراء همراه با بیمار، توجه به فواید این فعالیت‌های ورزشی، زمان مورد نیاز، هزینه، موارد احتیاط و خطرات آنها، همچنین وسایل خاصی که برای انجام این فعالیت‌ها مورد نیاز است.
- تدوین یک برنامهٔ ورزشی که در آنها فعالیت‌های گرم کردن و سرد کردن بدن (راه رفتن، کشش) و ۳ یا ۴ نوع فعالیت ورزشی اصلی مشخص شده باشد تا بیمار بتواند انتخاب کند. تعداد دفعات ورزش، طول مدت و شدت آن نیز باید مشخص گردد. برای اکثر فعالیت‌های ورزشی، دفعات ورزش حداقل ۳ مرتبه در هفته تعیین می‌گردد (گرچه ممکن است ۵ تا ۶ مرتبه در هفته هم انجام گیرند) برای تعیین طول مدت و شدت مناسب ورزش نیز معیار آن است که فرد بتواند بدون قطع تنفس صحبت کند یا ضربان‌های قلب به میزان ۶۰٪ تا ۹۰٪ حداکثر ضربانهای قلب (۲۲۰ منهای سن) حفظ شوند.
- تشویق بیمار به انجام برنامهٔ ورزشی در کنار دیگر فعالیت‌های روزانه که به ورزش نیاز دارند.
- سعی در شناسایی خطرات احتمالی که می‌توانند موفقیت برنامهٔ ورزشی را تهدید کنند، همچنین طرح‌ریزی راهکارهای

حمایت از برنامهٔ ورزشی همراه با بیمار.

- ارزیابی مستمر بیمار جهت تعیین این مسئله که آیا برنامهٔ ورزشی نیازهای بیمار را تأمین می‌کند و آیا بیمار برنامهٔ ورزشی را رعایت می‌نماید یا خیر؟

در کادر ۲ـ۳۹ ویژگیهای مشخصهٔ یک برنامهٔ ورزشی موفق، همچنین راهکارهای پیشگیری کننده جهت اجتناب از خطرات توام با ورزش شرح داده شده است.
طبقه‌بندی اقدامات و تدابیر پرستاری (NIC) اقدامات استاندارد پرستاری برای کمک به حس تعادل بیمار شرح داده شده است.
مطالعات مختلف نشان داده‌اند فعالیت فیزیکی با نتایج مثبت گوناگونی همراه است که از آن جمله می‌توان به افزایش دانسیتهٔ استخوان، کاهش وقوع سرطان کولورکتال و کاهش خطر بیماری شریان کرونر قلب اشاره کرد. یک برنامهٔ مستمر ورزشی برای سالمندان می‌تواند اعتماد به نفس آنها را افزایش داده، فرصت بیشتری برای برقراری روابط اجتماعی در اختیار آنها قرار دهد، بعلاوه استقلال فردی آنها را تداوم بخشیده و خطر افتادن و دیگر عوامل منجربه پذیرش در خانه‌های سالمندان را کاهش دهد.

آموزش فواید ورزش به افراد در معرض خطر

پرستاران با ارتقای سلامتی می‌توانند نقش مهمی در تندرستی تمام افراد جامعه ایفاء کنند. در جدول ۲ـ۳۹، اولویتهای بررسی و شناخت و تدابیری که به پیشبرد رفتارهای مثبت در هر مرحله از رشد و تکامل کمک می‌کنند فهرست‌بندی گردیده‌اند. با افزایش طول عمر مفید انسانها، فعالیتهای پرستاری نیز بیش از پیش بر آموزش ورزش منظم به عنوان عامل مثبت بالابردن طول عمر معطوف گردیده است. ورزش علاوه بر بهبود کیفیت زندگی، نقش مهمی در پیشگیری یا آهسته کردن روند استئوپروز دارد. مطابق با آمار بنیاد ملی استئوپروز (فوریه ۲۰۰۴) حدود ۱۰ میلیون آمریکایی از استئوپروز رنج می‌برند و در ۳۴ میلیون نفر دیگر هم تودهٔ استخوانی پایین می‌باشد و این امر خطر استئوپروز را افزایش می‌دهد. پرستاران می‌توانند به بیماران سالمند کمک کنند تا با انجام ورزشهای فیزیک یاثرات این فرایند ناتوان کنندهٔ ناشی از کهولت سن را کاهش داده یا برطرف سازند.

ارزشیابی

وقتی پرستار مشغول ارزشیابی میزان اثربخشی طرح مراقبتی بیمار است (طرحی که برای کمک به تقویت، حفظ و بازیابی تحرک و تندرستی بیمار تدوین گردیده). باید از تعامل بین خود و بیمار استفاده کند تا بیمار را از جنبه‌های زیر مورد ارزیابی قرار دهد:

- سهولت حرکت و راه رفتن
- وضعیت صحیح قرارگیری بدن
- ساختمان و عملکرد مفاصل
- توده، تون و قدرت عضله
- قدرت تحمل

بهترین زمان برای بررسی این ارکان ضروری سلامتی، هنگامی است که بیمار مشغول انجام وظایف سادهٔ روزانه مثل راه رفتن، انجام اقدامات بهداشتی، پوشیدن لباس و خوردن غذا می‌باشد. از آنجا که بیماری و عدم فعالیت تحمیل شده به بیمار برای جلوگیری از بروز مشکلات جدی ضروری خواهد بود. به طرح مراقبت پرستاری برای کوان هونگ نگوان رجوع کنید.

کادر ۲ـ۳۹. ویژگیهای یک برنامهٔ ورزشی موفق

- برنامه باید بصورت فردی طرح‌ریزی شده باشد (باتوجه به اهداف، علائق، مهارتها، قابلیت‌ها و فرصتهای ورزشی بیمار)
- در برنامه فعالیتهای مربوط به گرم کردن و سرد کردن بدن و مجموعه‌ای از ورزشهای مهم و اصلی باید مشخص شده باشد (مجموعهٔ فعالیت‌های ورزشی به یک فعالیت ورزشی واحد ترجیح داده می‌شود).
- در برنامه باید دفعات، شدت و طول مدت فعالیت ورزشی قید گردد.
- برنامهٔ ورزشی باید با شیوهٔ زندگی بیمار سازگار باشد، راحت انجام گیرد و باعث لذت و تفریح بیمار شود.
- فرد باید از برنامهٔ ورزشی شناخت داشته و از نتایج ورزش بر سلامتی خود مطمئن باشد.

راهکارهای پیشگیری از خطرات مربوط به ورزش

افرادی که برنامهٔ ورزشی را آغاز می‌کنند باید با دستورالعمل‌های زیر آشنا باشند:

- چنانچه فرد بالای ۳۵ سال سن دارد و یا زندگی بدون تحرک داشته از سابقهٔ بیماری قلبی ـ عروقی در گذشته یا حال برخوردار می‌باشد. قبل از شروع ورزش باید حتماً معاینهٔ پزشکی شود و در طی ورزش نیز تحت کنترل قرار گیرد.
- برنامهٔ ورزشی جدید را باید به تدریج آغاز کرد و به ساختمان نگهدارندهٔ بدن اجازه داد تا با استرس جدید خود را سازگار کند.
- بیمار باید بدن خود را شناخته و به محدودیت‌های آن توجه نماید و هرگز به مفصل بیش از دامنهٔ حرکتی طبیعی آن فشار وارد نکند.
- خستگی باید مورد توجه قرار گیرد. به محض احساس کرختی، درد یا لرزش در عضله، ورزش باید متوقف شده و قبل از ادامهٔ ورزش به عضله ۱۵ دقیقه استراحت داده شود.
- رعایت دستورالعمل‌های ایمنی برای ورزشهای خاص ضروری است. به عنوان مثال دوندگان باید به جای سطوح سیمانی یا آسفالتی روی سطوح نرم بدوند، کفشهایی با ساختار مناسب به پا کنند طوری که پاشنهٔ آنها ضخیم بوده و محافظ قوس کف پا داشته باشند، همچنین در محیطی امن و بی خطر با شاخص آلودگی اندکی به ورزش بپردازند.

نمونه‌ای از اقدامات پرستاری و طبقه‌بندی (NIC)
ورزش درمانی: تعادل

- تعیین توانایی بیمار جهت شرکت در فعالیت‌های مورد نیاز تعادل
- ارزیابی عملکرد حسی (بینایی، شنوایی، تشخیص موقعیت فضایی بدن)
- عدم پوشیدن لباسهای تنگ و محدود کننده توسط بیمار
- آماده نمودن محیطی امن برای انجام فعالیت‌های ورزشی بیمار
- تشویق بیمار به حفظ سطح اتکای وسیع در صورت نیاز
- کمک به بیمار جهت ایستادن یا نشستن) و چرخاندن بدن از یک طرف به طرف دیگر به منظور تحریک مکانیسم‌های تعادل
- کمک به بیمار جهت ایستادن با چشمان بسته برای مدتی کوتاه و به فواصل منظم با هدف تحریک تشخیص موقعیت فضایی بدن
- کنترل پاسخ بیمار به ورزش‌های مربوط به تعادل

طرح مراقبت پرستاری ۱ـ۳۹ برای کوِن هونگ نگوان

آقای کوان هونگ نگوان، مرد متأهل ۵۷ ساله هوشیاری است که به دلیل حادثهٔ مغزی ـ عروقی سمت راست یا حملهٔ مغزی ناشی از ترومبوز در بیمارستان بستری می‌باشد. او سابقهٔ فشار خون بالا دارد. امروز دومین روزی است که وی در بیمارستان بستری می‌باشد و بر حسب تشخیص پزشکان، سکتهٔ مغزی او دیگر کامل شده و به پایان رسیده است. نقائص عصبی بوجود آمده در آقای نگوان در عرض این دو روز تغییر نکرده‌اند و او معتقد است که برای انجام برنامهٔ بازتوانی سنگین‌تر آمادگی دارد. در روز دوم بستری شدن وی در بیمارستان، بررسی وضعیت حرکتی و توانایی بیمار جهت شرکت در فعالیت‌های زندگی روزانه داده‌های زیر را در اختیار قرار داد:

- وضعیت ذهنی: هوشیار است و قادر به انجام فرامین ساده می‌باشد، با تشویق می‌تواند نیازهای خود را به صورت کلامی مطرح سازد اما کند و آهسته صحبت می‌کند و به نظر می‌رسد روتین معمول فعالیت‌های مراقبت از خود را فراموش کرده است.
- وضعیت عصبی ـ عضلانی: همی پلژی، نقایص شدید حسی و حرکتی در سمت چپ صورت و دست و پای طرف چپ
- توده، تون، قدرت عضلانی: عضلات در تمامی اندامهای انتهایی ظاهری خوب و پرورش یافته دارند، بیمار سابقهٔ ورزش دارد و اخیراً ۲ تا ۴ مرتبه در هفته تنیس بازی می‌کرده است. تون عضله در دست و پای چپ کاهش یافته، عملکرد حرکتی دست چپ از بین رفته و در پای چپ بسیار ضعیف مشاهده می‌شود. عملکردهای حرکتی در اندامهای انتهایی راست قوی هستند، بیمار قادر به تحمل وزن در نیمهٔ چپ بدن نیست، از توانایی چرخیدن، نشستن، ایستادن، جابجا شدن یا راه رفتن بطور مستقل برخوردار نیست.
- حرکت مفصل: در سمت چپ کاهش یافته، دامنهٔ حرکت مفصل کامل نبوده وانقباض مرضی وجود ندارد.
- قدرت تحمل: بسیار سریع خسته می‌شود (مثلاً با استحمام کامل).
- در تشخیص موقعیت فضایی بدن نقائصی وجود دارد (مثلاً اشیاء واقع در سمت چپ را نمی‌بینند). اما هنوز بررسی کامل این نقایص دشوار می‌باشد.

تشخیص پرستاری اختلال درتحرک فیزیکی (چرخیدن، نشستن، ایستادن، جابجایی چپ و ضعیف پای چپ، کاهش حرکت مفصل در اندام‌های انتهایی تحتانی سمت چپ و خستگی مشخص می‌گردد.

برآیند مورد انتظار در هر بار مراقبت و توجه به بیمار وی باید رد وضعیت صحیح قرار داشته باشد. بطوری که هر یک از مفاصل سمت چپ نسبت به مفصل پروگزیمال خود بالاتر قرار گیرد و وسایل حمایتی (تختهٔ زیر تشک، تختهٔ پایی، رول تروکانتر، آتل مچ دست، شانه بند، بالش) در محل باشند.

تدابیر پرستاری	استدلال	ارزیابی
ـ در هر بار تغییر وضعیت (مطابق با برنامهٔ متصل به کنار تخت یعنی هر ۲ ساعت یکبار) اطمینان حاصل کنید که بیمار در وضعیت صحیح قرار دارد. برای قرار دادن بیمار در وضعیت‌های طاق باز، پهلو (خوابیدن به طرف نیمهٔ سالم بدن) و دمر از دستورالعمل‌های مؤسسهٔ محل کار خود استفاده کنید.	ـ قرار گرفتن در وضعیت صحیح از بروز انقباضات مرضی جلوگیری کرده، فشار را کاهش می‌دهد و وضعیت آناتومیکی مناسب بدن را حفظ می‌کند. ـ قرار گرفتن هر مفصل بالاتر از مفصل قبلی خود از بروز ادم و فیبروز ناشی از آن جلوگیری می‌نماید. ـ قرار گرفتن بیمار در وضعیت دمر ۲ یا ۳ مرتبه در روز به مدت ۳۰ دقیقه در پیشگیری از فلکسیون انقباضی زانو و هیپ موثر است.	تاریخ: ـــ برآیند مورد انتظار تحقق یافت. بیمار هر دو ساعت طبق برنامه می‌چرخد و برای جلوگیری از انقباض مرضی بدن وی در وضعیت صحیح قرار دارد.
ـ از وسایل محافظتی استفاده کنید: تشک سفت، تختهٔ پایی، رول تروکانتر و شانه‌بند، (زمانی که بیمار در وضعیت نشسته یا ایستاده است)، بالش و آتل مچ دست.	وسایل محافظتی به حفظ بیمار در وضعیت صحیح کمک می‌کنند. ● تشک سفت باعث محافظت عضلات می‌شود. ● تخته پایی در زمانی که اندام شل است از افتادگی پا جلوگیری می‌کند، همچنین مانع کوتاه شدن طناب پاشنهٔ پاو فلکسیون کف پا می‌گردد. ● زمانی که بیمار در وضعیت طاقباز قرار دارد. رول تروکانتر از چرخش مفصل هیپ به خارج جلوگیری می‌کند. ● شانه‌بند و ثابت کردن شانه از در رفتگی آن و سندرم شانه ـ دست جلوگیری می‌کند. ● آتل مچ دست، عضو را در وضعیت عملی مناسب نگه می‌دارد. ● گذاشتن بالش زیربغل سمت‌چپ از نزدیک‌شدن نیمهٔ آسیب دیده به بدن جلوگیری بعمل‌می‌آورد.	
ـ اهمیت قرار گرفتن بدن در وضعیت صحیح را به بیمار و خانواده (هردو) آموزش دهید:	ـ آموزش به مراقبت از خود کمک کرده و اساس و مبنای برنامهٔ موفق توان بخشی را بنا می‌نهد.	
ـ اجازه دهید خانواده نیز به بیمار کمک کنند تا در وضعیت‌های مختلف احساس راحتی نماید.	ـ درگیر نمودن خانواده در امر مراقبت از بیمار، فرایند تطابق را تسهیل می‌نماید.	

برآیند مورد انتظار در هفتمین روز بستری در بیمارستان بیمار خواهد توانست به جای ورزشهای غیر فعال دامنهٔ حرکتی که هم اکنون ۴ مرتبه در روز توسط پرستار انجام می‌گیرند: (۱) ورزش‌های فعال دست و پای چپ را انجام دهد (۲) ورزشهای فعال دامنهٔ حرکتی را برای تمامی مفاصل دیگر نیز انجام دهد.

ادامهٔ طرح مراقبت پرستاری ۱-۳۹.

تدابیر پرستاری	استدلال	ارزیابی
ـ سطح آگاهی بیمار رادر مورد اهمیت ورزش و توانایی و انگیزهٔ ورزش مورد بررسی قرار دهید.	ـ چنانچه بیمار از دلایل انجام ورزش آگاهی نداشته باشد و به لحاظ جسمی، ذهنی و رفتاری از آمادگی لازم برخوردار نباشد نخواهد توانست تمرین‌های ورزشی را پیگیری نماید.	ـ برآیند مورد انتظار بطور نسبی تحقق یافت. بیمار با موفقیت مجموعهٔ کامل ورزشهای دامنهٔ حرکتی را بطور عملی نشان می‌دهد (هم برای نیمه راست و هم برای نیمهٔ چپ بدن). هرچند او در طی ورزش خسته شده و ورزش را قطع می‌کند مگر آنکه بصورت کلامی به ادامهٔ ورزش تشویق گردد. ـ نظارت: ۴ مرتبه در روز ورزش بیمار راکنترل کنید. حمایت خانواده را همچنان مد نظر قرار دهید.
ـ به بیمار چگونگی ورزش دست و پای چپ را بوسیله اندام‌های انتهایی سمت راست (که سالم هستند) آموزش دهید.	ـ ورزش فعال حرکت مفصل را حفظ کرده و از انقباض مرضی اندام انتهایی فلج جلوگیری بعمل می‌آورد. بعلاوه از وخامت بیشتر وضعیت سیستم عصبی ـ عضلانی پیشگیری کرده و به بازیابی کنترل حرکتی و افزایش گردش خون کمک می‌کند.	
ـ مجموعهٔ کامل ورزشهای دامنهٔ حرکتی را برای بیمار و خانواده شرح دهید و از بیمار بخواهید این ورزشها را بصورت عملی نشان دهد.	ـ از آنجا که برنامه‌های ورزشی به زمان زیاد و رعایت دقیق نیاز دارند لذا درگیر نمودن خانواده موفقیت برنامهٔ ورزشی را افزایش می‌دهد.	

برآیند مورد انتظار در نهمین روز بستری، بیمار خواهد توانست ورزشهای مربوط به عضلهٔ چهار سر ران، سرینی و شکمی را ۵ مرتبه در روز انجام دهد.

تدابیر پرستاری	استدلال	ارزیابی
به بیمار و خانواده آموزش دهید چگونه می‌توان عضلات چهار سر ران، سرینی و شکمی را به مدت ۶ ثانیه (شمارش آهسته تا ۴) منقبض کرده و سپس شل نمود. بین هر انقباض باید ۲ دقیقه استراحت وجود داشته باشد. به بیمار باید هشدار داد که در طول ورزش نفس خود را نگه ندارد. چون این کار به قلب فشار وارد می‌آورد. ورزش باید به محض خستگی عضله متوقف شود.	ـ هرچه بیمار مستقل‌تر باشد، احساس کنترل بیشتری خواهد نمود. این فعالیتها راهی جهت افزایش استقلال در انجام فعالیت‌های مراقبت از خود می‌باشند.	ـ برآیند مورد انتظار تحقق یافت. بیمار پیوسته به تغییر وضعیت بدن خود کمک می‌کند و بنظر می‌رسد از این که می‌تواند به پرستاران یاری رساند خشنود است. خانواده نیز در این رابطه مؤثرند. ـ نظارت: افراد خانواده را به مناسبت اینکه کار خود را عالی انجام می‌دهند باید تشویق کرد و بر اهمیت ورزش در بالا بردن توان بیمار جهت اقدامات توانبخشی تأکید ورزید.

برآیند مورد انتظار در هفتمین روز بستری در بیمارستان، بیمار خواهد توانست نحوهٔ انتقال ایمن از تخت به صندلی و از صندلی به تخت را عملاً نشان دهد.

تدابیر پرستاری	استدلال	ارزیابی
ـ بهبود عملکرد عضله را مورد بررسی قرار دهید.	بیشتر بیماران طی ۴۸ ساعت علائم اسپاسم و افزایش رفلکسها را نشان می‌دهند که حاکی از پیشرفت آنهاست. چنانچه بعد از چندین هفته عضلات هنوز شل باشند، پیش‌آگهی برگشت عملکرد عضله ضعیف خواهد بود.	ـ برآیند مورد انتظار تحقق یافت. بیمار می‌تواند به شکلی ایمن و بی خطر از تخت به صندلی و از صندلی به تخت انتقال یابد ولی هنوز به کمک پرستار نیاز دارد.

برآیند مورد انتظار در هفتمین روز بستری در بیمارستان، بیمار خواهد توانست هنگام ایستادن تعادل خود را حفظ کند.

تدابیر پرستاری	استدلال	ارزیابی
ـ باگرفتن علایم حیاتی قبل از تمرین تعادل و نقل و انتقال بیمار، میزان تحمل وی را نسبت به فعالیت مورد بررسی قرار دهید.	ـ علایم حیاتی و شرایط فیزیکی بیمار باید قبل از هر نوع فعالیت جدید در طی آن و بعد از آن مورد بررسی قرار گیرند تا میزان تحمل بیمار نسبت به فعالیت ارزیابی گردد.	ـ برآیند مورد انتظار تحقق پیدا نکرد. بیمار نمی‌تواند هنگام ایستادن تعادل خود را حفظ کند و بدون کمک پرستار به سمت چپ می‌افتد. ـ نظارت: برای دستیابی به هدف به زمان بیشتری نیاز می‌باشد.
ـ با تمرین حفظ تعادل به جابجایی و انتقال بیمار سرعت دهید. به بیمار کمک کنید تا بر لبهٔ تخت بنشیند، سپس توانایی وی را در ثابت واستوار نگه داشتن بدن خودو حفظ این حالت مشاهده نمایید.	ـ قبل از اینکه بیمار بتواند به سمت انجام وظایف و کارهای دشوار تر پیش رود، لازم است تعادل خود را حین نشستن و ایستادن حفظ کند. سرگیجه یا سنکوپ ممکن‌است علامت عدم پایداری و ثبات وازوموتور باشد.	

ادامهٔ طرح مراقبت پرستاری ۱ـ۳۹،

تدابیر پرستاری	استدلال	ارزیابی
ـ یک صندلی نزدیک تخت و در قسمت سالم بدن بیمار قرار داده و به وی در پوشیدن لباس کمک کنید. در ابتدا پرستار به این ترتیب به بیمار در ایستادن کمک می‌نماید: زانوی راست خود را در مقابل زانوی سالم بیمار قرار داده و کمر بیمار را با د و دست خود می‌گیرد و در حالی که پای چپ خود را به عقب می‌برد بیمار را به سمت خود می‌کشد (زانوان پرستار باید اندکی خم باشد).	ـ این کار از زخم شدن زانوهای بیمار جلوگیری می‌کند و از طرفی فشار وارده از سوی زانوی پرستار باعث راست شدن پای سالم بیمار می‌شود تا وی بتواند وزن خود را روی آن بیندازد. در این وضعیت پای بیمار به جلو سر نمی‌خورد و پرستار نیز از اصول صحیح مکانیک بدن استفاده کرده است.	
ـ به محض اینکه بیمار ایستاد، تعادل وی را حین ایستادن بررسی نموده و عدم تحمل نسبت به فعالیت را کنترل کنید (رنگ پریدگی، کوتاه شدن تنفس، افزایش مفرط سرعت نبض و تنفس). بیمار را راهنمایی کنید تا: (۱) دستهٔ دور صندلی را با دست قوی خود بگیرد (۲) روی پای قوی خود بچرخد (۳) بنشیند. پای راست پرستار و پای قوی بیمار همانند یک محور عمل می‌کنند.	ـ استفاده از اندام انتهایی سالم حرکت نموده و ثبات ایجاد می‌کند.	
ـ بیمار را روزی سه مرتبه از روی تخت به صندلی (یا از روی تخت به توالت مخصوص بیمار که در کنار تخت قرار دارد) انتقال دهید. بتدریج بر حسب تحمل بیمار زمان قرار گرفتن روی صندلی را افزایش دهید. در صورت ضرورت، با استفاده از وسایل کمکی، بدن بیمار را در وضعیت آناتومیکی صحیح حفظ کنید.	ـ افزایش ورزش بر حسب سطح تحمل بیمار به بهبود قدرت عضلات و حفظ دامنهٔ حرکتی مفصل کمک می‌نماید.	

برآیند مورد انتظار: در هنگام ترخیص و انتقال به مرکز توان بخشی بیمار فاقد هرگونه انقباض پاتولوژیکی یا مرضی خواهد بود.

تدابیر پرستاری	استدلال	ارزیابی
اقدامات پرستاری قبلی انجام شوند.	این اقدامات استقلال بیمار را افزایش داده و باعث می‌شوند وی دوباره فعالیت‌های زندگی روزانه را از سر گیرد.	ـ برآیند مورد انتظار تحقق یافت. بیمار دارای انقباض مرضی نخواهد بود.

تشخیص پرستاری: نقص در مراقبت از خود (تمامی فعالیت‌های پایهٔ مراقبت از خود) در ارتباط با کاهش هوشیاری و نقائص حسی و حرکتی سمت چپ بدن که به این صورت تظاهر می‌یابند: ناتوانی در استفاده از دست چپ (در بیماران راستدست)، عدم توانایی راه رفتن، فراموشی، خستگی.

برآیند مورد انتظار: تا روز هفتم اقامت در بیمارستان بیمار خواهد توانست: علیرغم نقائص حسی و حرکتی سمت چپ، فعالیت‌های مراقبت از خود را از سر گیرد به این معنی که از دست راست برای: (۱) کمک به بهداشت و نظافت صبحگاهی (۲) خوردن غذا (نوشیدنی‌ها، خوردن با انگشتان) و (۳) ورزش استفاده نماید.

تدابیر پرستاری	استدلال	ارزیابی
ـ کماکان نقائص حسی و حرکتی و توانایی بیمار را در انجام فعالیت‌های مراقبت از خود بررسی نمایید.	ـ این بررسی به شناسایی هرگونه بهبود در عملکردهای بیمار کمک کرده و امکان تعیین اهداف مناسب را فراهم می‌آورد.	ـ برآیند مورد انتظار تحقق یافت. در دو روز گذشته بیمار دست چپ، شکم و پاهای خود را شسته، موهایش را شانه زده، غذا خورده و به انجام ورزشهای دامنهٔ حرکتی پرداخته است.
ـ در هر جلسه به تعیین اهداف کوتاه مدت واقع بینانه بپردازید و پیشرفت بیمار را مورد تشویق قرار دهید: «امروز صبح موقع استحمام دیدیم که چقدر خوب قادر به کنترل خود هستید. خود شما نیز باید از این که دوباره توانایی استحمام را بدست آورده‌اید احساس خوبی داشته باشید»	ـ افزودن وظایف واقع گرایانهٔ جدید در هر روز باعث می‌شود بیمار در زمینهٔ رسیدن به آن هدف کار کند. الگوی توجه به موفقیت بیمار، او را به ادامهٔ کار تشویق می‌نماید.	
ـ از طرف نیمهٔ سالم بدن بیمار به وی نزدیک شوید. زنگ اخبار، میز کنار تخت، تلفن و غیره را نیز در طرف سالم بیمار قرار دهید.	ـ این اقدام به بیمار کمک می‌کند تا تغییرات بوجود آمده در ادراک حسی را جبران نماید.	

ادامهٔ طرح مراقبت پرستاری ۱ـ۳۹.

تدابیر پرستاری	استدلال	ارزیابی
ـ به بیمار آموزش دهید تمام فعالیت‌های مراقبت از خود را با نیمهٔ سالم بدن خود انجام دهید، همچنین چگونگی استفاده از تکنیک‌های یک دستی و وسایل تطابقی را به او نشان دهید.	ـ هیچگاه برای انجام کارها تنها یک راه واحد وجود ندارد.	
ـ بیمار را تشویق کنید مسواک بزند، موهایش را شانه کند، خودش را حمام دهد و بدون کمک دیگران غذا بخورد. به خانواده توضیح دهید چرا بیمار باید خود به انجام این وظایف بپردازد حتی اگر حرکات وی در ابتدا ناشیانه، خسته کننده و یأس آور باشند.	ـ این اقدام احساس کنترل بر فعالیت‌های زندگی روزانه را در بیمار بهبود بخشیده و رحیهٔ وی را بهتر می‌کند.	
ـ بطور مستمر نیاز بیمار را به مراقبت آرام و متعادل در مقابل تشویق توام با رهنمود و مراقبت شدید ارزیابی کنید. در این فرایند خانواده را نیز شرکت دهید.	ـ ناپایداری هیجانی پس از سکته مغزی شایع است و بیماران مداوم از تلاش قهرمانانه جهت دستیابی به استقلال در امر مراقبت از خود تا نیاز به دیگران جهت مراقبت کام لد رنوسان هستند. بنابراین پاسخهای پرستاری نیز لحظه به لحظه متغیر بوده و از مراقبت آرام تا مراقبت سرسختانه و شدید متفاوت می‌باشند. نکتهٔ مهم آن است که تمامی پاسخهای پرستاری، مراقبت صادقانه و خالصانهٔ پرستاران را به بیمار القاء نمایند و مسئولیت پذیری آنها را در ایجاد بهترین توان عملی به بیمار نشان دهند.	

برآیند مورد انتظار: در هنگام ترخیص و انتقال به مرکز توان بخشی، بیمار خواهد توانست علائم آمادگی جسمی و ذهنی را جهت افزایش استقلال فردی در انجام مراقبت از خود نشان دهد.

تدابیر پرستاری	استدلال	ارزیابی
ـ همان اقدامات پرستاری قبلی را انجام دهید.	ـ این اقدامات کمک می‌کنند تا بیمار کنترل مجدد خود را بر روی زندگی روزانه بدست آورد و روحیه‌اش بهبود یابد.	ـ برآیند مورد انتظار تحقق یافت. در طول مدت اقامت بیمار در بیمارستان قدرت عضله و تحرک مفصل حفظ شده است. بیمار اکنون در فعالیت‌های مراقبت از خود شرکت می‌جوید و مشتاق است تا مهارتهای بیشتری در زمینهٔ افزایش استقلال فردی کسب نماید.

ثبت نمونه بیمار: دکتر استیل بیمار را در ساعت 1PM معاینه نمود و خاطرنشان کرد که سکته در بیمار کامل شده و به پایان رسیده است و او اکنون آمادگی آغاز درمان‌های توان بخشی را دارد. این مسئله به اطلاع بیمار، همسر و پسرش رسید. بیمار لبخند زد، مشخص بود می‌داند از خطر فوری رهایی یافته است. تعلیمات اولیه در مورد کمک به تغییر وضعیت بدنی و ورزش فعال دست و پای چپ به بیمار داده شد. بیمار با نشانه‌های کلامی توانست این مانورها را به طور صحیح نشان دهد. هنوز دست چپ فاقد عملکرد حرکتی است و پای چپ ضعیف می‌باشد. در تجدید نظر طرح مراقبتی باید اهداف جدید ورزشی نیز گنجانده شوند.

مهارت در تفکر پویا

۱ـ وانمود کنید دچار اختلال حرکتی شده‌اید (یعنی مجبورید از چوب زیر بغل، واکر، عصا یا صندلی چرخدار استفاده کنید) و اکنون در تلاشید تا فعالیت‌های معمول روزانه را انجام دهید. ایده‌آل آن است که به اماکن عمومی نظیر مدرسه یا مراکز خرید بروید. نسبت به محدودیت‌هایی که در حرکاتتان ایجاد شده چه احساسی دارید؟ پرستار چگونه می‌تواند به بهترین وجه بیمار را جهت تطابق با این محدودیت‌ها یاری دهد؟ مردم نسبت به اختلال شما چطور واکنش نشان دادند؟ این واکنش‌ها چه تأثیری می‌توانند بر افراد دچار اختلال حرکتی داشته باشند؟ فضاهای عمومی برای تأمین نیازهای افراد مبتلا به اختلالات حرکتی کافی بودند؟ برای رفع کاستی‌های موجود چه اقداماتی باید انجام داد؟ آیا نیازی در زمینه‌های ایمنی توجه شما را جلب کرد؟

۲ـ فرض کنید، یک دوست پس از تصادف با موتورسیکلت که منجر به صدمات داخلی و ارتوپدیک شدید شده است، برای چندین ماه در تخت بستری بوده است. برای اجتناب از خطرات عدم تحرک انجام چه نوع اقدامات پرستاری را توصیه می‌کنید؟



■ **تمرین برای NCLEX**

۱ـ پرستار برای بیان رشته‌های فیبروزی قوی، قابل انعطاف و غیر ارتجاعی متصل کنندهٔ عضله به استخوان باید از کدام واژهٔ زیر استفاده کند؟

الف) تاندون‌ها ب) لیگامان‌ها
ج) غضروف د) مفاصل

۲ـ دلیل اینکه پرستاران برای کمک به بیمار جهت بلند شدن از روی صندلی پاهای خود را باز می‌کنند چیست؟

الف) استفاده از وزن بدن جهت کمک به حرکت
ب) طویل کردن دیافراگم
ج) ایجاد سطح اتکای وسیع
د) استفادهٔ آسان از عضلات قوی پشت

۳ـ بیماری پس از آسیب‌دیدگی زانو به انجام ورزشهای توان‌بخشی توام با مقاومت می‌پردازد. پرستار این نوع ورزش را با کدامیک از واژه‌های زیر اطلاق می‌نماید؟

الف) ایزوتونیک ب) ایزوکینتیک
ج) ایزومتریک د) آئروبیک

۴ـ پرستار باید به وضعیتی که در آن تجزیه پروتئین در بدن بیمار بیش از تولید آن است چه واژه‌ای اطلاق نماید؟

الف) افزایش حجم مایع ب) انقباض مرضی
ج) استئوپروز د) تعادل منفی نیتروژن

۵ـ بیمار فاقد تحرک دچار عفونت‌های متعدد دستگاه ادراری می‌شود. باکتریهای ادراری بیشتر زمانی رشد می‌کنند ادرار:

الف) قلیایی باشد. ب) رقیق باشد.
ج) بودار باشد. د) اسیدی باشد.

۶ـ آقای براون دچار مشکلات تنفسی است. مناسبترین کمکی که پرستار می‌تواند به وی بکند کدام است؟

الف) او را در وضعیت خوابیده قرار دهد.
ب) او را در وضعیت پهلو قرار دهد.
ج) او را در وضعیت نشسته قرار دهد.
د) او را در وضعیت نیمه دمر قرار دهد.

۷ـ پرستار هنگام انجام ورزشهای دامنهٔ حرکتی برای بیمار محدود به بستر باید آگاه باشد که:

الف) بیماران بویژه سالمندان را به کشش بیش از حد گردن تشویق نماید.
ب) ورزشها را تا زمان خستگی بیمار ادامه دهد.
ج) ورزشها را جهت کاهش درد بیمار بطور مکرر انجام دهد.
د) هر مفصل را تا نقطهٔ مقاومت آن ورزش دهد طوری که باعث درد نشود.

۸ـ پرستار به بیمار برای کسب آمادگی در زمینهٔ راه رفتن کمک می‌نماید. وی به طور صحیح به بیمار آموزش می‌دهد که:

الف) کل بدن خود را در روز ۶ تا ۸ مرتبه از روی تخت بلند کند.
ب) در طول ورزش عضلهٔ سه سر، به آرامی نفس را فرو برده و خارج نماید.
ج) به مدت ۶۰ـ۳۰ دقیقه بر لبهٔ تخت با پاهای آویزان بنشینند.
د) برای جلوگیری از خستگی اجازه دهد پرستار وی را حمام کند.

۹ـ در بسیاری از موقعیت‌ها، بیمار قدرت کافی جهت راه رفتن خواهد داشت اگر بتواند:

الف) به مدت یک ساعت به حالت دمر بخوابد.
ب) خود را حمام دهد.
ج) پاهای خود را ۱ اینچ از تخت بالا قرار دهد.
د) در تخت به مدت ۱ ساعت بنشیند.

۱۰ـ خانم ادن هنگامی که همراه با پرستار در حال راه رفتن در کریدور است به پرستار می‌گوید احساس غش و ضعف به وی دست داده است. پرستار:

الف) به او آموزش می‌دهد سریع قدم بردارد تا زودتر به اتاق برسند.
ب) لحظه‌ای او را ترک می‌کند تا پرستار دیگری را برای کمک پیدا نماید.
ج) به او توصیه می‌کند به پاهای خود نگاه نماید تا به حفظ تعادل کمک شود.
د) او را به طرف صندلی نزدیک آنجا راهنمایی می‌کند تا وی بتواند استراحت کند.

۱۱ـ زمانی که برای حداکثر حمایت از بیمار از عصا استفاده می‌شود، پرستار می‌داند که بیمار باید:

الف) عصا را در طرف ضعیف‌تر نگه دارد.
ب) وزن را به طور یکنواخت بین پاها و عصا توزیع کند.
ج) آرنج را طوری قرار دهد که بتواند عصا را محکم و صاف نگه دارد.
د) پای ضعیف‌تر را جلوی عصا قرار دهد.

۱۲ـ یکی از تکنیک‌هایی که پرستار می‌تواند با استفاده از آن اندازهٔ مناسب چوب زیر بغل را برای بیمار اندازه‌گیری کند این است:

الف) هنگامی که بیمار با کفش به پشت روی تخت دراز کشیده از ناحیهٔ زیر بغل تا پاشنهٔ پا را اندازه بگیرد و ۱ اینچ به آن اضافه کند.

ب) از بیمار بخواهد بایستد و پاها را به اندازهٔ ۱۲ اینچ و دستها را به اندازهٔ ارتفاع شانه از هم باز کند.
ج) فاصله شانه تا پاشنهٔ پا را اندازه گرفته و ۴ اینچ به آن اضافه کند.
د) فاصلهٔ چین قدامی زیر بغل تا ۱۲ اینچی پاشنهٔ پا را اندازه بگیرد.

۱۳ـ زمانی که بیمار با نوسان پا به جلو همراه با چوبِ زیر بغل راه می‌رود باید:
الف) وزن خود را روی پایم سالم انتقال دهد.
ب) وزن را روی هر دو پا قرار دهد.
ج) تا جایی که امکان دارد راه رفتن طبیعی را شبیه‌سازی نکند.
د) همزمان چوب زیر بغل راست و پای چپ را به سمت جلو حرکت دهد.

۱۴ـ پرستار حین کار با بیمار سالمند در مورد برنامهٔ ورزشی توصیه می‌کند؟
الف) ۶ مرتبه در هفته ورزش را تکرار نماید.
ب) تا زمانی حین صحبت نفس بالا نیاید ورزش را ادامه دهد.
ج) با توجه به سن سرعت ۲۲۰ ضربان‌های قلب را حفظ کند.
د) قبل از شروع برنامهٔ ورزشی، معاینهٔ پزشکی انجام دهد.

۱۵ـ یک بیمار نابینا و محدود به بستر به دلیل زخم فشاری ناحیهٔ ساکرال در بیمارستان بستری شده است. کدام تشخیص پرستاری در اولویت قرار دارد؟
الف) خطر عدم تعادل درجه حرارت بدن در ارتباط با زخم فشاری مرحلهٔ ۲.
ب) اختلال در سلامت پوست در ارتباط با عدم تحرک
ج) نقص در توانایی غذا خوردن به تنهایی در ارتباط با نابینایی
د) عدم تحمل فعالیت در ارتباط با طولانی شدن استراحت در بستر

■ پاسخنامه همراه با دلایل

۱ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «الف» است. تاندونها، رشته‌های فیبروزی قویی هستند که عضله را به استخوان متصل می‌سازند. لیگامانها (ب) مفاصل را به یکدیگر و به استخوان‌ها و غضروف اتصال می‌دهد. در حالی که غضروف (ج) بافته همبند غیر عروقی است که در تمامی مفاصل، همچنین بینی، گوش، حلق، نای و حنجره یافت می‌شود. مفاصل (د)، اندامهایی هستند که در آنها یک استخوان در تماس بسیار نزدیک با استخوان دیگر قرار می‌گیرد.

۲ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است. باز کردن پاها از یکدیگر سطح اتکاء را بیشتر کرده و مرکز ثقل را پایین می‌آورد. عضلات پشت (د)، به اندازهٔ عضلات بازو و پا قوی نیستند و طویل کردن یافراگم (ب) باکشش عضلات کمر بوجود می‌آید. حرکت دادن پاها به جلو یا عقب باعث می‌گردد از وزن بدن به عنوان نیروی حرکتی استفاده شود (الف).

۳ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ب» است. ورزش ایزوکینتیک مستلزم انقباض عضله با مقاومت است. در حالی که ورزش ایزوتونیک (الف) مستلزم کوتاه شدن عضله و حرکت فعال می‌باشد.لازمهٔ ورزش ایزومتریک (ج) انقباض عضله بدون کوتاه شدن آن است. ورزش‌های آئروبیک (د) در واقع حرکت عضله است طوری که جریان خون، ضربان قلب و نیاز متابولیکی به اکسیژن افزایش یافته و وضعیت قلبی ـ عروقی بهبود یابد.

۴ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «د» است. تعادل منفی نیتروژن زمانی بوجود می‌آید که دریافت نیتروژن بیشتر از دفع آن باشد. انقباض مرضی عضله (ب)، در واقع نوعی انقباض دائمی و مستمر عضله بوده و استئوپروز (ج) به دمینرالیزاسیون استخوان اطلاق می‌گردد. ازدیاد حجم مایع (الف) بطور مستقیم یا ساخت یا تجزیهٔ پروتئین مربوطمی شود.

۵ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «الف» است. باکتریها در ادرار قلیایی راحت‌تر از ادرار اسیدی رشد می‌کنند. در حالت طبیعی ادرار اسیدی می‌باشد. رقت ادرار (ب) یا بودار بودن آن (ج) در رشد باکتریها مؤثر نیستند.

۶ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ج» است. وضعیت نشسته بیشترین فضای تنفسی را در حفره سینه ایجاد نموده و وضعیت انتخابی برای افراد دچار مشکلات تنفسی است. صاف خوابیدن به پهلو یا پشت (الف و ب) یا وضعیت نیمه دمر (د)، نمی‌توانند باعث سهولت تنفس شوند و علاوه بر این بیمار نیز به سختی می‌تواند در این وضعیت‌ها باقی بماند.

۷ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «د» است. مفاصل باید آرام، بتدریج و بطور ریتمیک تا نقطهٔ مقاومت مفصل ورزش داده شوند طوری که ورزش درد ایجاد نکند. مفاصل را هرگز نباید در حد درد یا خستگی ورزش داد (ب). کشیدگی بیش از حد گردن (الف) در بیماران سالمند ممنوع است و می‌تواند باعث درد شود.

۸ـ پاسخ صحیح گزینهٔ «ب» است. دم و بازدم آرام در طول ورزش عضلهٔ چهار سر باعث می‌شود ریه‌ها با حداکثر حجم خود از هوا پر شوند. بیمار هرگز نباید نفس خود را در طول ورزش نگهدارد چون این مسئله باعث فشار بر روی قلب می‌شود. ورزش فشار بر سطح مختص بالاتنه بوده و معمولاً ۳ یا ۴ مرتبه در روز انجام می‌گیرد (الف) آویزان کردن پاها ضمن

قرار گرفتن بر لبهٔ تخت برای مدتی حدود ۳۰ تا ۶۰ دقیقه اقدامی خطرناک است (ج) پرستار باید بیمار را تشویق کند برای بازگشتن به راه رفتن طبیعی و انجام دوبارهٔ ADLها تا آنجا که می‌تواند استقلال خود را حفظ نماید.

۹ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «ج»** است. اگر بیمار بتواند پای خود را به طور مکرر ۱ اینچ از تخت بالا بیاورد، در آن صورت از قدرت کافی برای راه رفتن برخوردار خواهد بود. وضعیت دمر (الف)، حمام دادن خود (ب) و نشستن روی تخت (د)، هیچکدام ضرورتاً دال بر هماهنگی عضلات و قدرت کافی اندام‌های انتهایی تحتانی جهت راه رفتن نیستند.

۱۰ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «د»** است. ایمن‌ترین روش هدایت بیمار به طرف صندلی داخل سالن و نشاندن وی بر روی آن است. درخواست از بیمار جهت سریعتر راه رفتن (الف) و تنها گذاشتن وی (ب) اقداماتی خطرناک هستند. اگر بیمار به پایین و پاهای خود نگاه کند دچار سرگیجه شده و تعادلش را از دست خواهد داد (ج).

۱۱ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «ب»** است. وزن بیمار باید بطور یکنواخت بین پاها و عصا توزیع شود. نگهداشتن عصا در نیمهٔ ضعیف‌تر (الف) دشوار و خطرناک می‌باشد. هنگام گرفتن عصا، آرنج باید با زاویهٔ ۳۰ درجه خم شود و ابتدا عصا را باید جلو گذاشت سپس پای ضعیف‌تر را حرکت داد.

۱۲ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «الف»** است. برای اندازه‌گیری چوب زیر بغل باید بیمار کاملاً صاف بر روی تخت بخوابد و کفشهای پیاده روی خود را به پا کند. سپس فاصلهٔ چین قدامی زیر بغل تا پاشنهٔ پا اندازه‌گیری شده و ۲/۵ سانتی متر به آن اضافه می‌گردد. در روش دیگر می‌توان فاصلهٔ چین قدامی زیر بغل را تا فاصلهٔ ۱۵ـ۱۰ سانتی متری پاشنهٔ پا اندازه گرفت و این امکان را فراهم ساخت تا بالشتک‌های چوب زیر بغل به پهنای سه انگشت با زیر بغل فاصله داشته باشند. روشهای دیگر اندازه‌گیری درست نیستند.

۱۳ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «الف»** است. در روش نوسان پا به جلو، تنها یک پا متحمل وزن بدن می‌گردد. از معایب این روش راه رفتن این است که مشابه راه رفتن طبیعی نیست (ج). همزمان هر دو چوب زیر بغل به سمت جلو هدایت می‌شوند سپس هر دو پا بین چوب‌های زیر بغل به سمت جلو حرکت می‌کنند و وزن بدن مجدداً به پای سالم منتقل می‌گردد.

۱۴ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «د»** است. بیماران بالای ۳۵ سال باید همیشه قبل از آغاز برنامهٔ ورزشی از نظر پزشکی معاینه شوند. دفعات انجام ورزش معمولاً در ابتدا ۳ مرتبه در هفته است. ورزش را باید آنقدر ادامه داد که بیمار بدون قطع تنفس بتواند صحبت کند. برای محاسبهٔ سرعت مطلوب ضربان‌های قلب را (۲۲۰ منهای سن) در نظر می‌گیرند.

۱۵ـ **پاسخ صحیح گزینهٔ «ب»** است. در این زمان، تشخیص پرستاری «اختلال در سلامت پوست در ارتباط با عدم تحرک» در اولویت می‌باشد. نتیجهٔ نهایی عدم تحرک پیدایش زخم‌های فشاری است. دیگر تشخیصهای پرستاری هم مناسب هستند اما حین پذیرش در تسهیلات مراقبتی سلامتی در اولویت قرار ندارند.

Carol Taylor . Carol lillis . Priscilla LeMone .Pamela Lynn

Fundamental of NURSING

The Art and Science of Nursing Care

آدرس مرکز پخش و فروشگاه مرکزی:
تهران، خیابان انقلاب، ضلع شرقی دانشگاه تهران
خیابان قدس، پلاک ۷ واحد ۴
تلفن:۶۶۴۰۶۴۱۵-۶۶۹۶۵۸۳۰





Boshra Publications